

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Mé dítě užívá drogy. Kam s ním?

Autorka: Michaela Škorníčková

Katedra: Katedra sociálně –pedagogická

Vedoucí: Ing. Mgr. Jan Dočkal, CSc.

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Pastorační a sociální práce

Přidělovaný akademický titul: Bc.

Rok odevzdání: 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem *Mé dítě užívá drogy. Kam s ním?* napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů. Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Praze 20.6.2011

Michaela Škorníčková

Bibliografická citace

ŠKORNIČKOVÁ, Michaela. *Moje dítě bere drogy. Kam s ním?:* bakalářská práce. Praha: Evangelická teologická fakulta Univerzity Karlovy, 2011, 72s.

Anotace

Tato bakalářská práce s názvem *Mé dítě užívá drogy. Kam s ním?* Je dělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je věnovaná rozdělení cílové skupiny, pojmu závislost, příčinám vzniku závislosti, určení jakou prevencí se zabývám. Následuje léčba co se vlastně s dětmi a mladistvými děje, když nastoupí do zařízení, které se léčbou zabývá. V praktické části se věnuji zařízením, která pracují s uživateli drog mladších 18 let. Systémem přijímání do těchto zařízení. V příloze je seznam dostupných zařízení.

Klíčová slova

Dítě jako uživatel návykových látek

Mladistvý jako uživatel návykových látek

Léčba

Summary

This thesis titled My child is taking drugs. Where to put it? It is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part is devoted to the distribution of the target group, the term addiction causes of addiction, determining how to deal with prevention. Following treatment with what is actually happening in children and adolescents, though the board facilities, which deals with treatment. The practical part is devoted to devices that work with drug users under 18 years of age. The system of admission to these facilities. Attached is a list of available devices.

Keywords

The child as a user of drugs

As a young drug users

Treatment

Obsah

Úvod	7
Teoretická část	9
1. Děti a mladiství	9
1.1. Děti	9
1.2. Mladiství	10
2. Co je závislost a její etapy	15
2.1. Etapy na cestě mladistvých do drogové závislosti	20
2.2. Stadia závislosti	20
2.3. Příčiny závislosti na OPL	23
2.4. Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti	26
2.4.1 Biologická příčina před narozením a těsně po narození	27
2.5. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti	32
2.6. Faktory vzniku a rozvoje závislosti související s účinkem drogy	36
2.7. Důsledky užívání OPL	40
2.8. Fakta o užívání drog u dětí a mladistvých za rok 2009 v České republice	43
3. Drogová prevence a léčba	49
3.1. Prevence	49
3.1.1. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k sekundární prevenci	51
3.2. Terapeutické přístupy v léčbě dětí a dospívajících	53
3.2.1. Psychodynamický přístup	54
3.2.2. Systemický přístup	55
3.2.3. Model rodinné nemoci	57
3.2.4. Rodinná terapie	58
3.2.5. Individuální psychoterapie	61
3.3. Překážky léčby	62
4. Léčebná pracoviště	66
4.1. Detoxikační oddělení	66
4.2. Psychiatrická léčebna Bohnice	69
4.3. Terapeutická komunita	70
4.3.1. Terapeutická komunita pro mladistvé	71
4.3.2. TK Cesta Řevnice	78
4.4. Sananim	79

4.5. Středisko výchovné péče Klíčov	80
4.6. Léčení uživatelé drog v zařízeních MŠMT ČR	81
Závěr	84
Seznam zkratk	85
Seznam literatury	86
Přílohy	89

Úvod

Kam ty holky mám dát, když mi je sem pošlou z detoxu a já nemám prostory pro léčbu. Někdy není ani místo na detoxu. Víím, že kouření je v jejich věku nelegální, ale pokud jim vezmeme drogy a pak bychom přešli na cigarety, tak nám to tu rozmlátí a nebudou spolupracovat.“ Toto mi řekla ředitelka z diagnostického ústavu, když jsme řešily drogy, kouření atd. u dívek, které zde byly ubytovány. Řekla, že v celé České republice je jen jeden detox pro děti. Začala jsem se více zajímat o tuto problematiku. Zjistila jsem, že opravdu neexistuje žádný jiný detox pro děti než ten v nemocnici pod Petřínem. Když byla možnost měsíční praxe, zařídila jsem si ji právě v tomto zařízení. Tam se ukázaly další problémy. Kam s dětmi po detoxikaci, co s dlouhou čekací dobou na přijetí atd. Tyto dvě zkušenosti mě přivedly k tématu mé práce.

Cílem mé práce je ukázat problematiku co s dětmi a mladistvými, kteří užívají drogy. Jaké mají možnosti léčby a problematiku kapacit v těchto zařízeních. Práce je zaměřena pouze na Českou republiku.

Při psaní vycházím z mé zkušenosti, zkušenosti lidí na detoxikačním zařízení, pracovníků v diagnostickém ústavu pro dívky. Ukázat tento problém není snadné. Zjistila jsem, že je velký problém najít vůbec nějaké informace. Některé léčebny nemají dostatečně čitelné výroční zprávy. Procházela jsem i internetové stránky <http://theses.cz/>, kde jsou uvedeny vysokoškolské kvalifikační práce. Bohužel ani zde jsem nenašla mnoho informací. Většina prací je věnována obecným informacím nebo výzkumem daného kraje odkud autor pochází. V knihách, které se věnují léčbě závislých lidí, je dětem věnováno obvykle tak 6 stran. Jediný zdroj (co se statistik týče) je zpráva Hygienické stanice Prahy a ani ta není úplná, protože opět nebyly dodány údaje z některých komunit. V loňském roce pořádal Sananim konferenci na téma Mladiství a drogy. Na této konferenci mluvil zdravotní bratr z detoxikačního

zařízení pod Petřínem, který o problematice, o které v této práci píše, hovořil. Pro mnoho lidí, kteří se zúčastnili, byly některé informace novinkou například, že věkový průměr pacientů klesá.

Pracuji v nízkoprahovém zařízení pro děti od 6-15 let. Momentálně řešíme problém, že 12leté děti pijí a experimentují s drogami. Proto je mi téma mé práce velmi blízké a je pro mne důležité.

Teoretická část

1. Děti a mládí

V mé práci se zaměřuji na osoby mladší 18 let. Považuji za nutné rozdělit tuto cílovou skupinu na dvě podskupiny tak, abychom se v nich všichni orientovali. Skupinu dětí zastupují osoby mladší 15 let. Skupinu dospívajících reprezentují osoby starší 15 let. Toto vymezení je důležité, jelikož na každou skupinu je pohlíženo jinak z legislativních, sociálních a psychologických pohledů.

1.1. Děti

U dětí je možnost léčby zproblematizována nedostatkem potřeby odpoutat se ze závislostního postoje. Děti jsou silně vázány na rodiče. Z toho vyplývá, že je nutné pečovat nejen o klienta, ale také o systém, ve kterém se pohybuje. Jako všechno má své výhody a nevýhody. Změna systému (byť malá) dává naději, bohužel ne všichni rodiče jsou ochotni spolupracovat.

Rodič obvykle přichází se zakázkou o „změnu“ dítěte, které jim dělá problémy. Přitom nechtějí reflektovat své dřívější i nynější chování a svůj vliv na chování dítěte. Nejen na chování, ale též na možnou nápravu. Pokud je spolupráce jen s jednou stranou, je to téměř beznadějné. Dítě je velice tvárné. Když s námi spolupracuje, přizpůsobuje se a přistupuje na změnu chování. Pokud se ovšem vrátí do prostředí, kde žádná změna není, vrací se zpět do „starých kolejí“.

V dnešní uspěchané době se klade důraz na rychlá a účinná řešení. Tímto se vyhýbáme konfrontaci s vlastním svědomím. Vždyť jsme to rozhodli rychle a efektivně, takže co bychom se k tomu vraceli. Když je něco špatně, odůvodní se to, že i to se někdy stane. Tlaku, který vytváří rodiče případně společnost, na zajištění potřebné péče a vypořádání se se složitými situacemi, podlehne

nejeden profesionál. Bohužel to může končit tak, že děti budou léčeny na psychiatrických odděleních, kde se často se závislostí npracuje. Dnes není možné v některých případech jednat jinak. Nejsou místa kam umístit děti pod 15 let, která užívají drogy. Neumožňuje to legislativa ani počet míst v léčebnách.

Hlavním cílem při práci s dětmi je především motivace rodičů k aktivitě při realizaci změny. Pro dítě jsou rodiče stále nejvýznamnější osoby v životě i tehdy, když neplní své funkce dle společensky daných norem. U dětí, které užívají drogy je nejlepší variantou rodinná terapie, nejlépe s celým rodinným problémem. Vlivu rodiny se věnuji v kapitole 1.3. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti.

1.2. Mladiství

V období kde se nacházejí mladiství, je velice složité. Prochází mnoha změnami, které vedou jedince k vývoji od nezralého k relativně dospělému. Ten vývoj obsahuje biologickou, sociální a psychickou složku. Toto období můžeme rozdělit do dvou skupin: a) puberta – dosažení pohlavní zralosti, b) adolescenci – psychické a sociální dospívání s cílem stát se dospělým.

Je problém rozdělit tyto skupiny věkově. Musíme vzít v potaz pohlaví jedince, individuální vývoj a výchovu. Dle Jířího Broží¹ by šlo obecně rozdělit, že puberta je od 11-12 let a 14-16 let. Po této fázi přichází adolescence, která končí kolem 20-22 lety. V práci s uživateli návykových látek je dobré, čím je jedinec mladší, tím více zapojujeme do spolupráce rodinu.

Adolescence je složité období lidského života. Člověk začíná řešit náročné situace, se kterými se ještě nesetkal. Tyto situace obvykle komplikují jeho sociální roli a psychologickou jistotu. Adolescent už nechce být dítětem, ale zároveň ještě neumí být dospělý. Snaží se nahradit svůj dětský svět novými

¹Kalina,Kamil. Drogy a drogové závislosti 2, Mezioborový přístup.str. 232

kontakty. Musí dělat rozhodnutí, která ho vedou k samostatnosti a odpovědnosti. Hledá smysl světa, života a postupně zjišťuje, že se dá žít různými způsoby. „*Jedním z pohledů na období adolescence je pokusit se pojmenovat některé kritické oblasti, které musí adolescent zpracovat:*

- 1. vývoj stabilního pocitu vlastní identity*
- 2. vývoj nezávislosti- emancipace od původní rodiny*
- 3. konstituování důležitých a významných vztahů s vrstevníky*
- 4. konstituování důležitých a významných vazeb s autoritami*
- 5. ujasnění životních cílů a hodnot.“²*

V adolescenci se člověk musí vyrovnat z mnoha novými situacemi. Jsou různé možnosti řešení, jednou z možností jsou návykové látky. Toto řešení je v celku levnou záležitostí, vzhledem k snadné dostupnosti hodně vyhledávané. Díky návykovým látkám přestává jedinec vnímat problémy ve své skutečné podobě.

Úkolem dospívajícího je zbavit se závislosti na rodině (soběstačnost a nová vnitřní struktura). Toto období s sebou přináší situaci, kdy původní struktura nepřináší uspokojení a dospívající hledá cestu jak tuto nově nastalou situaci řešit. V období posunu je normální, že obsahuje mnoho frustrujících faktorů (narušení jejich narcistické rovnováhy, schopnost obstát, vážit si svých možností). V této fázi vývoje se dospívající dostává do takzvaného stavu. Pro tento stav je přirozené, že má svou psychologickou abnormalitu. Což znamená, že s některými symptomy se podobá člověku s hraniční poruchou osobnosti.

„Každý akt chování člověka je minimálně třístupňový proces:

- 1) na začátku je nápad, impuls, potřeba něco udělat*
- 2) toto přání nebo potřebu jedinec zkoumá, posuzuje její vhodnost z pohledu sebe i společnosti a rozhoduje se, zda jej bude realizovat*

² Kalina Kamil a kol, Jiří Broža, Drogy a drogové závislosti 2, , str. 233

3) *následuje konání, chování, jednání, akce, které mají za úkol více či méně naplnit naše očekávání.*³

Ve druhém bodě tohoto rozdělení je psychologické „Já“ (má na starosti poznávání a prožívání vnějšího i vnitřního světa) usměrňuje též chování. Jak jsem již zmínila v předchozím odstavci, u adolescentů se mohou projevat symptomy hraniční osobnosti. Tyto symptomy se podobají hraničním osobnostem s oslabeným „Já“ přeskočí druhou fázi a po potřebě následuje rovnou konání.

Další z možností oslabování „Já“ je tlak společnosti. Mladiství musí obstát tím, že odpovídá představám společnosti. Společnost odchylku od normy toleruje, ale neakceptuje. Adolescenti si častokrát stěžují na nepřijetí okolím. Většina z nás od rodičů slyšela větu „Klidně si to dělej, ale je to špatně.“ Tato věta má kouzelnou moc zviklat člověka, i když neprochází pubertou. Co se týče formování osobnosti, tato věta jí rozhodně nepomůže. Jak jsem napsala, mám to svým způsobem povoleno (tolerance), ale je to špatně (neakceptace).

Tyto příklady lze shrnout do následujících tezí:

- adolescent opouští – dětskou roli, rodiče, pravidla, na která byl zvyklý
- přichází pocit, že je opuštěn
- další fází je hledání nového smyslu (třeba v návykových látkách)
- přichází frustrace z nepovedených pokusů
- potřeba vypustit „páru“ (agresivitu).

Při práci s adolescenty užívajícími návykové látky přichází problém, že zde nenalzáme neurotické příznaky. Neurotické příznaky, které by měly adolescenta motivovat k růstu, bývají externalizovány (jsou ve společnosti). U klientů se to může projevit tak, že se chtějí zbavit problému spojeného s užíváním, ale nemají motivaci k osobnostní přeměně. Jelikož má jedinec pouze zájem o zbavení problému, který je spojený s užíváním, musí se

³ Kamil Kalina a kolektiv, Jiří Broža, Drogy a drogové závislosti 2, str. 233

přizpůsobit terapeutický přístup, který není zaměřen na pomoc člověku, ale na odstranění ohrožujícího symptomu.

Pokud má adolescent pouze jednu zakázku, je důležité, aby se v poradenství a léčbě kladl důraz na dynamiku osobnosti. Naprostou samozřejmostí je, že pracovníci mají znalosti základních dynamických fenoménů. Skrze tyto fenomény se mohou orientovat ve vzájemných vztazích a předejít některým rizikům, kterým jsou vystavováni ze strany dospívajících.

Abychom byli schopni oslovit a zaujmout adolescenta, musíme mu něco nabídnout. V tomto případě je to vztah. Tento vztah musí být pro adolescenta zajímavý, nový, nezatížený a nepatologický. Založený na svobodě a bezpečí (jasně vymezený a pravdivý). V tomto vztahu by měl být prostor pro saturaci jeho přirozených potřeb. Měl by mít možnost cítit se slabý, chybovat, přiznat svoje nedostatky.

Důležitou součástí terapie je vytvoření prostoru, který je vhodný pro klienta. Měl by to být prostor, kde může být klient sám sebou, aby mohl projevit své pocity a také aspoň na chvíli opustit svou pózu. Pokud se nám povede takový prostor vytvořit, máme půlku úspěchu. Činnosti, které budeme v takovém prostoru vytvářet, mají psychoterapeutickou hodnotu.

Významným prvkem práce je takzvaná zážitková terapie. Při zážitkové terapii je adolescent nucen vyrovnávat se s opravdovou zátěží. Při zážitkové terapii se zlidštuje vztah mezi terapeutem a klientem. Klientovi, to co prožil, lépe objasňuje některé situace. Lépe si je pamatuje, protože je prožil a ne jen slyšel v nějaké místnosti. Terapeut má důležitý úkol udržet jasné hranice.

Když se nám podaří adolescenta motivovat k systematické léčbě, přechází z individuální terapie do skupinové.

V mnohé z literatur jsou uváděny výhody a nevýhody individuální a skupinové práce s dospívajícími. Matoušek a Kroftová (1997) uvádějí, že: *„pokud se při práci s rizikovou mládeží používá individuální psychoterapie, je*

většinou kombinována se skupinovými psychoterapeutickými a komunitními postupy. Jen zřídka se doporučuje a provádí jako hlavní, samostatný přístup k ovlivňování rizikové mládeže.⁴

KLADY A ZÁPORY SKUPINOVÉ PRÁCE S ADOLESCENTY⁵

Klady	Zápory
-je v souladu s přirozenou potřebou adolescenta sdružovat se do skupiny	- může upřednostňovat prosazení ve skupině před řešením problému
-reflektuje sociální podmíněnost psychického vývoje adolescenta	- větší nebezpečí, že skupina rozbije potřebné obrany
- povzbuzuje zájem o druhé a odvrací přílišnou orientaci na sebe	- méně prostoru pro zpracování pro Intrapsychických konfliktů
- dobrá skupina vyvíjí tlak na angažovanost jedince	- nebezpečí ztráty osobní prestiže

Ze sociálního hlediska je pro adolescenty práce ve skupině přirozenější. Mohou zde realizovat touhu někam patřit. Z pohledu psychologie dokáže skupina odstraňovat osobnostní nejistoty a úzkost z vlastní nedostatečnosti. Jsou zde i rizika, se kterými se musí počítat například: malá motivace, nejasnost v cílech, hyperaktivita, vysoká citlivost na autoritu.

⁴ Matoušek, Kroftová, Mládež a delikvence, str.243

⁵ Kalina Kamil a spol., Drogy a drogové závislosti, str. 236

2. Co je závislost a její etapy

Má práce se věnuje tématu závislost. U dětí a mladistvých se mluví o škodlivém užívání. O závislých v pravém slova smyslu se obvykle mluví po 5 a více letech užívání drog. Výjimky existují i zde. Některé děti začaly už v 11 letech s marihuanou a v 16 letech se přijdou léčit na detox s pervitinem, který užívají už 4 roky.

„Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí a zdravotních problémů (MKN-10) definuje syndrom závislosti jako cluster fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v němž použití látky nebo třídy látek má na mnohem vyšší prioritou pro daného jedince než jiné chování, které kdysi měly větší hodnotu. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy i silný), aby psychoaktivní drogy (který může nebo nemusí být předepsány lékařem), alkohol nebo tabák. Tam může být důkaz, že návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než nastane s nondependent jednotlivci.“⁶

Hlavní charakteristikou je touha brát omamné psychotropní látky (dále jen OPL), alkohol nebo tabák. Co se týče diagnózy závislost, ta by se měla stanovit, pokud během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) *„silná touha nebo pocit puzení užívat látku,*
- b) *potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,*
- c) *somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmě z typického odvykacího syndromu pro tu kterou*

6

http://translate.google.cz/translate?hl=cs&langpair=en|cs&u=http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/

látku, nebo z užívání stejné (nebo příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,

d) průkazy tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku, původně vyvolanými nižšími dávkami,

e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku,

f) pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků poškození jater nadměrným nebo toxické poškození myšlení.“⁷

U dětí a dospívajících se častěji používá pojmenování „škodlivé užívání“ nebo „akutní intoxikaci.“

*„**Problémové užívání drog** je podle EMCDDA⁸ definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu (vyjímaje extázi – MDMA) a/nebo kokainu. V ČR jsou do odhadů počtu problémových uživatelů drog zahrnuti uživatelé metamfetaminu (pervitinu) a opiátů, tedy heroinu a buprenorfinu (Subutexu®).⁹“*

Akutní intoxikace

„Přechodný stav po aplikaci alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí.

Tato diagnóza by měla být hlavní diagnózou pouze v případech, kdy se intoxikace vyskytuje bez současných vážnějších nebo trvalejších problémů, vyvolaných požíváním alkoholu nebo jiných drog. Tam, kde jsou takové problémy, měla by se dát přednost diagnóze škodlivého užívání (F1x.1), syndromu závislosti (F1x.2) nebo psychotické poruše.“¹⁰

⁷ Alkohol, drogy a vaše dítě, Karel Nešpor, Ladislav Csémy str. 30

⁸ Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

⁹ Člověk a drogy, Jan Dočkal str. 2

¹⁰ Člověk a drogy, Jan Dočkal, str. 10

Závislí lidé mají narušenou osobnost, sníženou výkonnost a často i inteligenci. Většina toxikomanů používá více látek zároveň (alkohol a nikotin nebo heroin a kokain). V tomto případě se nejedná o polyfonní toxikomani. Jsou to spíše vzorky původního chování při konzumu nebo v důsledku chybějících finančních prostředků.

Pravá polyfonní toxikomanie nastává, jestliže uživatel substance po delší dobu užívá základní skupinu jako hlavní drogu a později v jiném kontextu, tuto skupinu změní.¹¹

U závislosti se hovoří o psychické a fyzické formě. Psychická závislost nastává jako první, je základem terapie v psychoterapeutickém smyslu. Měli bychom ji chápat jako základní chování podmíněné situací. Tělesnou závislost lze lékařskou péčí překonat v relativně krátké době (během 2-4 týdnů). Psychická závislost v pojetí klinické psychiatrie přetrvává celý život.

Psychická závislost

Existuje nepotlačitelná touha užívat psychotropní látku pro jakýkoli její účinek (probuzení, euforie, stimulace, halucinace). Touha je tak silná, že člověk nemá šanci odolat. Z čehož vyplývá páchaní trestných činů pro získání peněz. Tento typ závislosti vzniká určitým druhem „návykové paměti“. Chemické látky, které předávají informace v mozku, vytvářejí „cestu“, která se s každým užitím rozšiřuje. Touha zažít znovu pocit spojení svádí k dalšímu a dalšímu užívání. Při tomto chování si může být toxikoman vědom, že hazarduje se životem, zdravím či sociálním postavením. Tlak k pravidelnému užívání se označuje také jako psychická žádostivost - „craving.“

Fyzická závislost

Při absolutní nebo relativní abstinenci dochází k mučivým abstinenciálním jevům. Základem je, že konzumentova tělesná část se nastaví na drogu a po

¹¹ Kalina Kamil, Drogy a drogové závislosti 2, str.21

určité době nemůže fungovat bez ní. Ona „cestička“ v mozku nastavila vše na látku. Dochází k fenoménu tolerance. V rámci zvyšování tolerance musí konzument dodávat větší množství látky. Zvyšování snášenlivosti je přitěžujícím faktorem závislosti.

Kdo je ohrožen

Při zjišťování rizikových faktorů se dnes mluví o 3 faktorové struktuře podmínek. Tři faktory musíme vnímat jako jednotu.

Tyto 3 faktory jsou:

1. **Jedinec** - vlastní hodnotu, schopnost vztahů, schopnost zatížení, tolerance k frustraci, sociální kompetence, premorbidita, postoj k drogám a konzumaci.
2. **Prostředí**- konkurenční situace, orientace na konzum, peer-group, trh s drogami, hodnotové modely, hospodářská situace.
3. **Droga** - způsob a požití, dosažitelnost, potenciál návyku, způsoby účinku, ekonomie drogy, prostředí toxikomanie, atmosféra konzumu, prožitku a omámení.

Porucha sebehodnocení

Tato porucha je podstatným rizikovým faktorem rozvoje toxikomanie. Obvykle je spojena s chybějící sebejistotou při kontaktu s ostatními a nedůvěrou ve vlastní schopnosti. Je zde nepatrná snášenlivost při konfliktech, strachu či napětí. Člověk nedokáže frustraci snášet dlouhou dobu a uchyluje se k braní drog.

Lidé s touto poruchou bývají odkázáni na pasivní zábavu. Obvykle se jen potloukají a nic je nebaví. Škola je na obtíž, nemají představu o svém budoucím povolání ani nemají plány. Obvykle rezignují s větou: „To všechno stejně nemá smysl.“

Zvlášť ohrožení jsou mladiství, kteří zažili přerušeni vztahů

Velké nebezpečí pro rozvoj toxikomanie jako nemoci hrozí zejména mladistvým, v jejichž vývoji v dětství a mládí hrálo podstatnou roli přerušeni vztahu. Myslí se tím odloučení od rodičů, ale také: onemocnění, nehody, smrt, přestěhování do jiného města (nová škola, noví přátelé).

Věková struktura drogové závislosti

Nejsilnější ohrožení toxikomanií bylo pozorováno u 90% mladých lidí ve věkové skupině mezi 12 a 18 lety.¹²

Oproti alkoholu mají ilegální drogy podstatně rychlejší účinek a obsahují podstatně vyšší potenciál návykovosti. Rychleji dochází k psychické a fyzické závislosti, z čehož vyplývá, že ve věku 15 až 17 let může existovat drogová závislost.

Znaky této skupiny jsou: malá schopnost kooperace, omezená svoboda rozhodování, nezpůsobilost snášet trápení, málo vyzrálá motivace.

Období mládí je fáze hlubokých změn. Tyto změny se týkají kognitivní, sociální a psychické oblasti, dále dochází k markantní tělesné přestavbě. Mladý člověk se musí vypořádat s následujícími požadavky: tělesné a sociální změny, uvolnění z rodičovského domu a zároveň výstavba vlastního života, nová sociální zodpovědnost, nejistoty a požadavky v povolání, vytváření systému vlastních hodnot a norem.

Mladý člověk je na pomezí dětství určovaný někým jiným a v dospělosti s větším důrazem na vlastní zodpovědnost. Toto postavení řadí mladého člověka do skupiny okrajových osob.

¹² Marušák Martin, Mladiství a drogy, sborník odborné konference, str.19

2.1. Etapy na cestě mladistvých do drogové závislosti

1. experiment s drogou – víkendové (rekreační)
2. rozvoj drogové závislosti – první negativní zkušenosti s návykovou látkou (trestný čin pod vlivem, smrt přítele, HIV), sociální ztráta (nucený odchod ze školy, ubývání přátel z řad abstinentů), zdravotní komplikace (žloutenka, aktivace latentní psychózy, rozvoj paranoidního syndromu), psychopatologické problémy (postupná ztráta sebeúcty, nepříjemně prožívané konflikty v rodině, pocity viny z uživatele – problémový uživatel)
3. rekreační braní přechází do fáze dvojího programu:
tady ví, že drogy jsou špatné a opakovaně se rozhoduje nebrat, zkouší abstinovat (jeden program), druhý program drogový – je izolován od zdravých přátel i ve své „fetácké“ partě uzdravuje se nebo míří do 4. etapy
4. droga je u něj na plném úvazku – pozitivní efekt již neexistuje, droga závislému dovoluje žít, člověk má už od rána projevy abstáku a celý den ji shání. Závislost na droze jako látce přechází do závislosti na zažitém stereotypu života „toxíka“.
5. drogový stereotyp života - „Fet je celý můj život.“

2.2. Stadia závislosti

Jak se vlastně taková závislost vyvíjí? Pro ilegální drogy můžeme vymezit 4 různá stadia, přičemž u alkoholu existují paralely k těmto znakům.

První stadium

V této fázi jsou vidět pouze pozitivní účinky drogy. Negativní účinky jsou podceňovány. Drogy většinou spojují, otevírají dveře do skupin stejně smýšlejících. Uživatel se zbavuje úzkosti, uvolňuje se, vzrůstá pocit sebehodnocení.

Druhé stadium

V tomto stadiu účinek drogy ustupuje a zvyšování se stává nutností. Ke zvyšování se připojuje i kombinování různých druhů látek. Vedle konopných drog, nikotinu či alkoholu začíná postižený s konzumem amfetaminů nebo halucinogenů.

„Z této fáze není cesty zpět bez následků. Tělo předělá svou látkovou výměnu a hledá možnosti, jak se látek zbavit. Po této fázi jsou vždy nějak postiženy orgány. Jako první je zasažen mozek. Projevují se poruchy koncentrace, pozornosti a schopnosti zapamatování (paměť upadá). Typické jsou „poruchy najít slova.“ Hodně nápadné je to nevhodnými přestávkami v řeči a odpovědích.“¹³

V této fázi se uživatelé dostávají do léčeben, jelikož už nejsou schopni plnit své každodenní povinnosti. Všechny styky se zužují na ostatní uživatele drog. Přichází problémy s financemi, ze kterých vyplývají dluhy a počátky obchodování s drogami. Uživatelé začínají okrádat své rodiče, žebrat u prarodičů.

U každého uživatele se v této fázi zvětšuje propast mezi ideálním a reálným obrazem sebe sama. Nedokáže si představit život bez drogy. Upevňuje se řetězec denního „kouření“ konopných produktů, víkendová dávka „chemie“ a nutná večerní dávka THC na spaní.

Třetí stadium

Zde dochází ke značnému stupňování dávek. Nastává ztráta kontroly užívání buď stimulantů nebo sedativ.

Tady se dostáváme k alkoholismu. Je zde jeden typ závislosti, který neztrácí kontrolu, ale přesto může skončit ve třetí fázi alkoholu nazvané „chronická.“

¹³Nešpor Karel, Csémy Ladislav, Pernicová Hana, Prevence problémů působených návykovými látkami na školách, str.25

V této fázi je piják, který se neopije úplně, ale „musí mít kapku v sobě,“ aby vše zvládl. Pro odborníky to znamená „ztrátu abstinence.“

Ve věcech vztahů je to stále komplikovanější a dále se rozpadají. Zvyšuje se kriminalita. K překročení zákona dochází po požití drogy a rozšiřují se od prostých krádeží k loupežím atd. K pomoci se dostává postižený přes pracovníky na linkách důvěry, terénní pracovníky či u soudu pro mladistvé.

Uživatel má psychické a tělesné abstinenci příznaky. Svůj život zasvětil pouze droze. Nastávají změny osobnosti jako náladovost, podrážděnost, přechod od agresivity k sebelítosti. Přichází o tělesnou i duševní výkonnost. U každé skupiny drog dochází k úbytku váhy, který může být tak významný, že dívky ztrácí menstruaci. Se ztrátou váhy je spojeno i snížení imunity. Mladé ženy (17let) se dostanou do nemocnice s problémy s chudokrevností, mají vysoké horečky, trombózy a hnisavé záněty kůže a jiných orgánů.

Čtvrté stadium

V této fázi snášenlivost na drogu značně ubývá. Základem jsou začínající poškození orgánů: játra už nemohou odbourávat jedovaté substance, ledviny je nemohou vylučovat. U některých jedinců dochází k trvalému upoutání na lůžko. Projeví se proces tělesného rozkladu: cirhóza jater, žaludeční vředy, poškození centrálního nervového systému.

„Postupuje to k rozpadu osobnosti k tzv. „deprivačnímu syndromu.“ To znamená, že člověk ztrácí svou celkovou podobu jako člověk, kterým byl dřív. Je lhostejný, povrchní bez schopnosti se radovat, ale též už ani nezlobí. Dochází k duševnímu úpadku. V nejhorším případě se nevyzná ve svém okolí, potřebuje cizí pomoc (buď má poručníka nebo žije v nějakém domově).“¹⁴

¹⁴ Nešpor Karel, Csémy Ladislav, Pernicová Hana, Prevence problémů působených návykovými látkami na školách, str.25

S morálním sociálním prostředím už kontakty nemívá. S rodinou se rozkmotřil už dříve. Je ve stavu, kdy jím okolí pohrdá. Člověk v této fázi se nedokáže finančně zabezpečit, ztrácí střechu nad hlavou, je osamělý.

2.3. Příčiny závislosti na OPL

Žijeme v hektické době, kdy je problém najít si čas sám na sebe, natož na druhé. Je kladen důraz na schopnosti člověka, a pokud požadovaných schopností nedosahuje, nemá šanci uspět. Necítí se dobře a je frustrovaný. Frustrace přichází i tehdy, pokud opustím hektický život a potom nevím co s volným časem. A teď přichází otázka, co tedy dělat? Každý to řeší po svém. Jednou z variant jsou návykové látky. Uvedla bych několik rizikových situací a psychických problémů, které mohou vést k užívání návykových látek.

Poruchy pozornosti s hyperaktivitou

Děti jsou nadměrně aktivní, neprosedí, roztěkaní. Na okolí působí jako nešikovní a náladový. Jejich aktivita má za následek horší soustředěnost ve škole, mívají problémy ve škole s chováním, ale i s prospěchem. Nároky na jejich rodiče jsou velké. Rodiče musí najít cestu, jak jednat se svým dítětem. Zakazovat pohyb a trestat je za jejich nemoc nemá smysl. Velice důležité je dítě chválit a upravit nároky na dítě jeho možnostem. Učitel by měl být s problémem dítěte srozuměn.

Pokud není dítěti věnován čas a zájem, samo neví co se sebou. Většinou se ve třídě dostane do role šaška. V mnoha případech „smutného šaška“, této nálepky se nezbaví. Má problém s tím, aby ostatní brali jeho názory. Snižuje to jeho sebedůvěru a vede k hledání jiné cesty, přátel či zájmů.

Sklon k násilí

„Sklon k násilnému jednání zvyšuje riziko nejrůznějších komplikací včetně horšího přizpůsobení ve společnosti, kriminality a problémů působených alkoholem a drogami.“¹⁵

Předcházet sklonu k násilí by se mělo od malinka. Rodiče by měli být příkladem a učit dítě řešit problémy nenásilně. U tohoto problému je velice nebezpečný vliv sdělovacích prostředků. Bohužel televize ukazuje mnoho rvaček (většinou jako verzi odplaty či řešení problémů). Děti vidí pouze to, že někdo dá někomu ránu, ale neuvědomují si následky. Ať už mohou někoho zmrzačit nebo zabít, ale také co se stane s útočníkem. Tento problém není pouze u televize, ale také u počítačových her. Mnoho rodičů se obává, co z jejich dětí vyroste.

„Studie norských autorů, kteří děti s poruchami chování sledovali už jako dospělé po 20 letech. Téměř polovina z nich byla v dospělosti v pořádku a čtvrtina měla problémy s návykovými látkami.“¹⁶

Děti zanedbané a s nedostatečně uspokojenými citovými potřebami

Zanedbané děti často prochází z chudých rodin. Obvykle nemají dobrý přístup k informacím. Jsou i ochuzeni o základní dovednosti, mají problém s péčí o zevnějšek, s čistotou, s komunikací nebo nemají pestré zájmy.

Děti, které nemají dostatečně uspokojené citové potřeby, mohou mít mnoho podnětů pro svůj rozvoj, ale chybí jim pevný citový vztah k rodičům či přestounům. Tyto problémy mají obvykle děti z dětských domovů, ale i děti v rodinách, jelikož rodiče nemají čas. U těchto dětí drogy nebo alkohol mohou nahrazovat citový vztah.

¹⁵ Nešpor Karel, Csémy Ladislav, Alkohol, drogy a vaše dítě, str. 46

¹⁶ Nešpor Karel, Csémy Karel, Alkohol, drogy a vaše dítě, str. 46

Dítě trpící strachem a úzkostí

V různých etapách života mívá člověk různé strachy (samota, tma, zvířata). Děti tyto strachy a úzkosti mívají intenzivnější než dospělí. Příčiny těchto obav lze najít v osobní historii, jiný typ úzkostí vychází z rodinné tradice. Užívání alkoholu a některých drog je pokus jak úzkosti odstranit.

Špatný prospěch ve škole

Děti, které mají problémy s prospěchem a možná i kvůli tomu mají špatnou pozici v kolektivu, jsou ohroženější, co se týče alkoholu a drog.

Nepřijetí do školy, učení nebo jejich nedokončení, nezaměstnanost mládeže

Předčasné ukončení školy nebo učení a nezaměstnanost představují nebezpečnou a pro dospívajícího duševně náročnou situaci. Když jsem mluvila s dětmi, které mají přerušené či ukončené středoškolské vzdělávání, všichni mi říkaly, že by chtěli jít na vysokou, ale nejsou na to dost chytří. Případně je rodiče nutí jít na školu, kterou nechtějí.

Finanční dostupnost drog

V dnešní době mají děti větší kapesné, než jsme měli my. Znam děti, co mají 1000Kč na měsíc. Tento obnos stačí na 5gramů marihuany. Mám srovnání některých drog ze 3 zdrojů. Z Českého statistického úřadu a jedné mojí kamarádky, která si drogy kupovala před 5 lety a posledním zdrojem internetová stránka zabývající se drogami. Ceny se skoro neposunuly.

Podle údajů Českého statistického úřadu bylo možno v roce 2001 získat drogy za následující ceny. Ceny jsou uváděny za gram (u heroinu, pervitinu a kokainu je gram, 10 dávek) u LSD za jeden trip a u extáze za jednu tabletu.

Typ drogy/rok	2001	2005 ¹⁷	2006 ¹⁸	2007 ¹⁹
Heroin	1000	1089	1092	1100
Pervitin	900	1017	1060	1137
Kokain	2250	2246	2215	2056
LSD	200	181	157	177
Extáze	175	212	225	213
Marihuana	250	167	189	174

Má kamarádka si kupovala LSD za 250Kč, Extázi za 200Kč, Marihuana se též nezměnila 200-250Kč.

Píší pouze o ilegálních drogách. Dostupnost alkoholu a cigaret netřeba zmiňovat. Rozdílné roky, ve kterých byly údaje zjišťovány, jen dokazují, že ceny na trhu se liší jen málo, a proto zůstávají již léta velice dostupné. Důležitý je též fakt, že mnoho lidí (i mladých) se naučilo drogy vyrábět.

2.4. Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti

Lidský život můžeme vidět jako cestu od naprosté závislosti na druhých (kojenec) k vyváženému poměru mezi samostatností a vzájemnému tvořivému využívání potenciálu dvou či více lidí (zralá schopnost vytvářet a udržovat vztahy s druhými). V době dospívání převládá téma separace a individuace (utváření vlastní identity). Mladý člověk je vystaven těžké zkoušce budoucí

¹⁷ <http://www.about-drugs.estranky.cz/clanky/ceny-a-prodej-drog-.html>

¹⁸ <http://www.about-drugs.estranky.cz/clanky/ceny-a-prodej-drog-.html>

¹⁹ <http://www.about-drugs.estranky.cz/clanky/ceny-a-prodej-drog-.html>

osobnosti. Zaměřím se na spojení mezi závislým chováním a raným obdobím vývoje dítěte.

2.4.1 Biologická příčina před narozením a těsně po narození

Za biologické faktory můžeme považovat některé problematické okolnosti během těhotenství matky dítěte. Například, jestli matka byla sama alkoholička, nebo toxikomanka a jestli se takto plod setkával již s účinky návykových látek ještě před narozením. Okolnosti porodu, zda byly používány psychotropní, tlumivé látky v době porodního stresu apod., celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, přítomnost traumat, nemocí a dalších omezujících a traumatizujících faktorů. Ty faktory mohou pokračovat do raného dětství, které je popsáno v následujícím odstavci.

Vztah mezi závislostí a raným dětstvím

Účinek drogy může způsobit, že vyplavou na povrch některé pocity umožňující vyjádření určitých afektů a uspokojování určitých potřeb, které v normálním stavu jsou skryté. Obvykle se jedná o potřeby a afekty z období dětství.

Užívání drog (i pití alkoholu) bývá u pracovníků z psychoanalytického okruhu dáno do souvislosti se závislým typem osobnostní struktury fixované v orálním stádiu vývoje²⁰.

Uživatel se stává závislým na zvenku přicházejících podnětech a látkách, které ovlivňují, jak cítí, vnímá a chová se. Uživatel má velmi silný základ vztahu vůči lidem, které miluje, a proto má zábranu vyjádřit případné agresivní, kritické myšlenky, pocity či chování přímo. Braní drog a životní styl

²⁰ Orální stadium je v psychoanalytické literatuře myšleno jako první rané období dítěte, ve kterém se dětské vnímání okolí a lidí soustřeďuje převážně do oblasti úst zaživačního traktu. V dospělém věku se toto období projevuje tehdy, když člověk vyžaduje, aby o něj bylo pečováno, aniž by se o to nějak přičinil.

závislých umožňuje náhradní vyjádření těchto prvků vztahu. Když je uživatel pod vlivem, má větší odvahu říct rodičům, co si o nich myslí.

Dalším znakem orálního stadia je to, že jejich uspokojení je úplně závislé na vnějších podmínkách a uživatelé sami radši zůstávají pasivní. Projevuje se to jako u kojenců (upozorňují na sebe, aby byli uspokojeni), ale u závislého jsou jeho blízcí (či terapeuti) nepřímo vedeni k neúměrné péči.

Narušený vývoj schopnosti vytvářet vztahy s druhými

Dalším vývojovým aspektem je otázka, nakolik se tento styl života projevuje v jeho vztazích a sociálních funkcích. *„Někdo tvrdí, že závislý nahradí závislost na drogách za závislost na nějaké osobě. Je důležité připomenout, že se nemůže srovnávat závislost na látce a na osobě. Závislost na osobě znamená využívání toho druhého, ne plnohodnotný vztah k druhému. V terapeutickém vztahu to může vypadat tak, že klient využívá jen jeden z rysů terapeutického vztahu. V systemické psychoterapii je potřebné léčit neschopnost vnímat a přijmout druhého jako komplexní osobnost a vytvořit plnohodnotný vztah.“²¹*

Neschopnost rodičů reagovat na potřeby dítěte

Je důležité, aby rodiče věděli, kdy mají být vstřícní, odmítaví či kritičtí. Prospívá to zdravému vývoji, když dítě ví, co očekávat (pochvalu či pokárání).

V rodinách mladých uživatelů drog bývají vidět nevyrovnanosti v reakcích: někde je mladý člověk přetěžován odpovědností a nároky a jinde se k němu rodiče chovají jako k malému dítěti. V případě, že je dítě přetěžováno, může vést k vývoji tzv. dospělého dítěte, které je v něčem předčasně zralé nebo k opakovanému selhávání, které se může postupně šířit na další oblasti života. Ve druhém případě, pokud je dítě málo stimulováno a nárokováno, může vývoj

²¹ Nešpor, K., Csémy L., *Alkohol, drogy a vaše dítě*, str. 15

zamrznout (nemá dostatečné podněty pro růst a úspěch a neučí se vyrovnávat s drobnými neúspěchy a překážkami).

Nedostatečná schopnost snášet nepříjemné emoce a afekty

Schopnost snášet nepříjemné stavy vyvolané na základě určitých vnitřních i vnějších faktorů je znakem dokončeného emocionálního vývoje a zrání osobnosti. Závislý užívají drogu jako svépomocnou léčbu. Bývají popisováni jako lidé „s tenkou kůží.“ Jsou extrémně citliví vůči zraněním, která pramení z vnitřních pocitů. Droga supluje chybějící sílu a odolnost.

Užívání návykových látek jako náhradní prostředek separačních a individuálních tendencí

Návykové látky lákají k překročení norem, je to dobrodružství. Jako všechno zakázané. V období puberty člověk autority dráždí. Toto chování je součástí vývoje (vymezování od druhých).

Potřeby boje se vším a s každým (pravidla, zákony, rodiče, škola) jsou zmiňovány v mnoha knihách týkajících se mladistvých uživatelů drog. Rodiče by si měli všimnout vnějších znaků chování a životního stylu. Což znamená, jak se dítě obléká, co poslouchá, čte, jak mluví. Všechny tyto ukazatele určují skupinu, ke které se hlásí. Hledá svou identitu.

Zajímavé je, že kultura závislých (či jejich specifické znaky) není ucelený a plnohodnotný systém. Většina prvků je vytržena z kontextu a využívána čistě funkčně. Například nedůvěřují si mezi sebou (kvůli informátorům, podvodům s drogami).

K vývoji dítěte patří období vzdoru. Záleží, jak zvládne separaci a zvládne udržet si vládu sám nad sebou. A čím si svou rovnováhu udržují. S drogou

ztrácí kontakt s realitou, jinak řečeno je méně závislý na realitě. To jak si drogu aplikuje, potvrzuje, že má život ve svých rukách.

Idealizace a devalvace (černobílé vidění) ve vztahu k druhým

Děti si idealizují rodiče, učitele a další postavy v životě. V zamilovanosti idealizujeme. Jinak řečeno: u závislých je narušena schopnost adekvátně vnímat druhé. *„V léčbě se to projevuje rozporem s idealizací terapeutů a jejich úplnou devalvací. Když dokážeme vidět tyto lidi jako vývojově narušené v této oblasti, může se terapeutický přístup přizpůsobit jejich potřebám. V určité období léčby je idealizace terapeuta vhodná i nezbytná. Tento postoj je dobrý jen chvíli, musí se pohlídat doba, aby nebyl klient v takovém postoji udržovat dlouho.“*²²

Specifická role závislosti v období dospívání

V adolescenci se nejčastěji objevují první pokusy o intoxikaci a rozvíjí se charakteristický životní styl pravidelného uživatele drog. Aby se adolescent mohl začlenit do společnosti, měl by zvládat tzv. vývojové úkoly. Tyto úkoly jsou osobnostní a vztahové kvality (budování předpokládá zvládnutí předchozího duševního a fyzického vývoje), je to jistý druh revize předešlých úkolů. Řešení těchto úkolů je spojeno s příčinami užívání i rozvoje drog.

„První bod je identita. V pozadí tvorby identity stojí chaos. Chaotická či difúzní identita je typická pro slabé „já“ bývá u závislých obvyklá. Závislým vyhovuje, že stereotyp závislosti s jednoduchým zaměřením na dosažení změny

²² Nešpor, K., Csémy L., *Alkohol, drogy a vaše dítě*, str. 16

*prožívání skrze chemickou změnu, se pro ně stává útočištěm před těžko řešitelnými otázkami a nejistotami.*²³

*„Druhým bodem je přijetí reálného obrazu svého těla. Ujasnění si své sexuální preference a bez nadměrného studu realizovat své potřeby. Drogy nabízí úniky či náhradní řešení. Při užití drogy se snižují psychické zábrany (u sexuálního chování) u pervitinu se snižuje chuť k jídlu (úbytek váhy doceňují hlavně dívky či lidé s nadváhou). Ale mince má dvě strany. Užívání drog vede k dočasnému řešení a k autoagresivnímu vztahu k vlastnímu tělu.*²⁴

Dospívající by měl v tomto věku experimentovat a hledat v oblasti vytváření přátelských a partnerských vztahů. Cílem by mělo být: stabilnější role mezi vrstevníky, prožití intimity v partnerském vztahu, naplnění vzájemné potřeby idealizace v období zamilovanosti. Po zamilování přichází období rozchodu a zklamání, které před dospívajícího staví další zkoušky.

Opět nastupují na scénu drogy jako pomocný prostředek (při překonání rozpaků, neshledlosti) či přinášejí stav, kdy člověk vlastně nikoho nepotřebuje. Drogová subkultura dává pocit sounáležitosti zasvěcených (my a ti druzí).

Po delším užívání popisují uživatelé zničení většiny vztahů, které začnou být podřízeny potřebě získat drogu nebo peníze. V rámci léčby (psychoterapii) musí pacienti své vztahy budovat znovu a na jiných principech a s obtížemi, kterých se snažili zbavit za pomoci drog.

Dalšími cíli dospívání jsou: najít místo ve společnosti, práci a nalézt vyváženější vztah k rodičům (závislost, nezávislost, vyrovnání, spolupráci). Pocit neúspěšnosti stejně jako dlouhodobá role žáka vystavuje sebeúctu mladého člověka frustracím.

Hledání alternativního života vede k negativismu, zřeknutí se vlastního rozvoje a vlastní tvořivou roli ve společnosti.

²³ Nešpor, K., Csémy L., *Alkohol, drogy a vaše dítě, str. 16*

²⁴ Nešpor, K., Csémy L., *Alkohol, drogy a vaše dítě, str. 16*

Ve vztahu k rodičům můžeme sledovat naprosté ustrnutí v závislosti na rodičích nebo vzájemný vztahový kolaps a vývojové ustrnutí. Pocity ve vztahu obvykle bývají plné pocity viny, studu, hněvu, pomsty, které udržují bludný kruh. Závislosti tak, jak je známe u tzv. spoluzávislých rodinných systémů.

2.5. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti

Při práci se závislými, především dětmi, člověk zjišťuje, jaká je situace v rodině. Většinou se hledá příčina hlavně v rodině. Rodinné prostředí závislých nemůžeme charakterizovat jednoznačně, ale spíše zobecňovat některé opakující se znaky, které se na vzniku závislosti podílejí.

Během výzkumů vztahů mezi závislými a jejich rodiči se objevily jak nadměrně aktivní nebo přehnaně ochraňující tendence, tak i chladné a lhostejné postoje. Objevují se i spojení s alkoholem (rodiče) a heroinem (děti). Z výzkumu dle Stanton (1991) se zjistilo, že byly problémy s pitím rodičů u více než 80% heroinistů. Mnoho lidí se závislostí má ve své rodinné anamnéze zkušenost s opuštěním nebo náhlou smrtí jednoho z rodičů. V historiích rodin se poměrně často střádají traumatizující prvky, jako jsou: sebevraždy, psychická onemocnění, násilí, úmrtí, rozvody rodičů, chronické partnerské konflikty.

Výsledky výzkumů lze zobecnit do řady faktorů a mechanismů, které jsou pro rodinu charakteristické²⁵.

1. Narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem

Je známa opakující se struktura rodinných vztahů závislých. Nadměrně ochraňující a pečující matka, chladný a prázdny, nepřítomný otec. Vztah mezi otcem a synem bývá chladný a prázdny. Při začleňování rodin je nutné pozorovat možné zkreslení situace ze strany pozorovatele či terapeuta. Závislý, který má nedůslednou, milující matku (nezíská dostatečný kontakt s realitou). V případě dlouhodobé absence konkretizujících reakcí a disciplíny (otcové)

²⁵ Staton S., Some overlooked aspects of the family and drug abuse

může jít o jeden z faktorů, které přispěly ke vzniku závislosti. U dívek bývá častější zkušenost s úzkostnou a značně kontrolující matkou. Tento vzorec chování bývá složitý. Matka svou dceru od malička poutá a využívá jako důvěrnici či spojence. Když je malá, imponuje jí to, ale v období dospívání může vyvolat nečekaně silnou úzkost a tendenci uchovat vztah v původní podobě.

Dalším specifikem jsou matky či alkoholičky, které představují pro dceru výrazný identifikační vzorec chování. Příkladem se dá uvést zdroj rezignace na uspokojení z ženské role nebo návodem k řešení citových problémů pomocí alkoholu či jiných látek. Chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi.

Mezigenerační vztahy v rodinách ovlivňují kritické okamžiky vývoje k samostatnosti. V tradičních rodinách jsou jasně vymezené role. V dnešní společnosti se zastávají role v rodině, jak se to hodí. Například starší sestra supluje matku, otec vychází z tchýni lépe než její dcera. Více než záměna rolí působí na dítě chaos, kdo má v rodině jakou funkci. V takovém chaosu dítě vyrůstá v nejistotě, kde se mění jeho kompetence, svoboda i odpovědnost. V extrémních případech může být sexuální zneužívání či incest. Následky těchto traumatů vedou k problémům se sebeúctou a v partnerských vztazích, sebevražedným myšlenkám, či poruchám příjmu potravy. Dle Cuskey (1979), který uvádí, že až 90% závislých žen v jeho výzkumu zažilo sexuální zneužití v rodině.²⁶

2. Skryté, nedostatečné či naopak excesivní vyjádření hněvu v rodině

V rodinách jsou různé způsoby, jak vyjádřit hněv. V některých rodinách jsou projevy nadměrně potlačovány a jiné jsou nadměrné a neadekvátní.

3. Závislost v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu

²⁶ Cuskey, W.R., In Kalina, K. a kol. Drogy a drogové závislosti, str.141

V dnešní době je běžným jevem vytíženost rodičů a hledání útočiště v partě. Vše je v pořádku dokud se z bytu neztrácí věci a ve škole se prospívá standardně. Často se stává, že je zde významná souvislost, kdy se objevuje užívání drog. Přichází první známky odpoutání dítěte od rodiny. V některých rodinách může být závislost opravdu skrytá. Motivem takového přístupu bývá úzkost ze separace dítěte a osamocení rodičů.

4. Jeden či více závislých členů rodiny

Ukazuje se, že míra rizika závislosti u dítěte je úměrná tomu, jak závislost rodiče ovlivňuje chod rodiny. Může se stát, že abstinence závislého rodiče spustí řadu problematických procesů. Místo hodného táty je zde vzteklý, nespokojený člověk.

Nečekané reakce mohou dítěte znejistit. Dítě je zklamané, nemá možnost se identifikovat s rodičem. Popírání závislosti ze strany rodiče vede k hlubokému narušení důvěry a hromadění bezmocného vzteku. Problém je i u druhého rodiče, jelikož v mnoha případech je slepý k problémům.

5. Kodependence

Kodependence je určitý vzorec osobnostních rysů, které lze předpokládat u většiny členů rodiny se závislým členem. Mezi znaky patří přebírání odpovědnosti za uspokojení potřeb druhého na úkor vlastních, zkreslování hranic mezi rolemi nebo kontrola druhých. Podle toho to vzorce to vypadá, že členové rodiny závislost umožňují.

Cancrini(1985) dává do souvislosti typ závislosti a rodinou strukturu. Závislost dělí na traumatickou, neurotickou, přechodnou a sociopatickou.

Traumatická závislost

Závislost je obvykle náhlou reakcí na trauma, ztrátu, konflikt, zlost či paniku. Rodinnými faktory jsou: zneužití, úmrtí, odchod jednoho z rodičů, onemocnění, psychická porucha v rodině atd.

Neurotická závislost

Tento typ se vyskytuje nejčastěji. Příčiny jsou nahromaděným napětím v rodině, špatně vymezené hranice mezi generacemi, zdůrazňování rozdílů mezi dobrým a špatným dítětem.

Přechodová závislost

Odpovídá osobnostním rysům, které jsou popisovány jako hraniční. Mezi ně patří nestálost v osobních vztazích, epizodické úniky do fantazijního či zcela psychotického myšlení a prožívání. V rodině můžeme nalézt také psychiatrickou zátěž nebo těžké trauma, které nebylo dostatečně emočně zvládnuto. Závislý a jeho rodiče mohou tíhnout k zvláštním životním zájmům či aktivitám (sekty, esoterické vědy atd.).

Sociopatická závislost

V tomto typu závislosti, si závislý obvykle prošel rodinou, kde byla lhostejnost, fyzické násilí, kriminalita, zneužívání nebo vyrůstal v nějaké instituci (dětský domov, výchovný ústav atd.).

Závislý si nepřipouští vlastní vinu nebo odpovědnost. Užívání drog tvoří další část nebo jen doplněk jeho celkového problémového chování.

Hned vedle rodinných faktorů zde nemalou roli hrají vrstevnické skupiny. Většina z nás zná, jakou má skupina sílu. Je lehké podlehnout tlaku a tu cigaret si vzít, když k nim chcete patřit. Od cigarety je to otázkou času, kdo přinese do party marihuanu a další drogy.

V křehkém období dospívání je člověk stále na vázkách, co je správně a co špatně. Názory a postoje rodičů se rozcházejí s vašimi, a vy nevíte, co si máte počít.

Na závěr této kapitoly je třeba připomenout, že pro léčebnou a poradenskou praxi je užitečné věnovat více pozornosti udržujícím faktorům, které vedou k rozvoji závislosti než příčinným souvislostem.

2.6. Faktory vzniku a rozvoje závislosti související s účinkem drogy

Když se rozvíjela psychologie a psychoterapie, hledaly se důvody rozvoje závislosti v psychice lidí (ať už jako určité osobnostní vlastnosti či některá vnitřní psychologické dynamiky). V roce 1934 byla toxikomanie uznána v USA jako „duševní porucha.“ Výzkumy zkoumaly a potvrzovaly, že lidé beroucí drogy se stávají na nich závislími především pro jejich účinky. Tyto účinky jim pomáhaly řešit stávající stav či nabízely něco, po čem jedinec toužil nebo také pro příležitost spojenou s ignorancí. Tyto nabídky můžeme shrnout do šesti základních skupin dle Kaliny.

1. *„ Umožňují dosažení větší kontroly, moci nad sebou či nad druhými.*
2. *Urychlují a zkvalitňují vlastní vývoj, umožňují zažít zvláštní poznání a tím si uvědomit více sám sebe či smysl svého života.*
3. *Zbavují nepříjemného stavu akutního či permanentního, například: pocitů neschopnosti,*
4. *méněcennosti nebo stavů, které doprovázejí fyzické nemoci či jiné duševní poruchy.*
5. *Umožňují lépe se cítit uprostřed těch, kteří drogu běžně používají, usnadňují přizpůsobení.*
6. *Vyvolávají slast, příjemný stav, zintenzivňují smyslové zážitky.*

7. *Pomáhají při asociálním životním stylu, kdy droga posiluje agresivitu a drogou posílena sebestřednost potírá empatii a potlačuje sebezpytování s případnými nepříjemnými výčitkami svědomí.*²⁷

Dosažení větší kontroly, moci nad sebou či nad druhými

Většina pokušení nabízí tři hlavní odměny: poznání, moc a sex. Drogy hlavně v první fázi, toto vše dávají. Působí jako lék na všechny problémy, klíč k tajemstvím, která do té doby nepoznali. V dnešní době je drogová závislost děsivá svou nekontrolovatelností. Ti, co drogu užívají, k ní nemají dostatečně vyváženou alternativu. Mladí lidé drogy často berou proto, aby našli pozitivní životní program a hodnoty. Každý bojujeme s pokušením a touhou, droga tento boj usnadňuje jeho odložením. Tento odklad komplikuje úměrnost psychosociálního vývoje. Na světlo vystupuje neschopnost žít nezávisle, neochota a strach z volby. Můžeme říci, že svobodná vůle souvisí s vnitřní kontrolou a sebeovládáním. Abychom dosáhli dostatečné úrovně, pomáháme si drogami. Jednu z teorií nabízí přístup, který vypracovalo hnutí Anonymní alkoholici a Anonymní narkomané (AA 1989) doporučuje příbuzným vzdát se kontroly nad závislýmneboť tato jejich pomoc umožňuje závislému vyhnout se poznání, že díky drogám přestal být schopen řídit vlastní život.

Urychlení a zkvalitnění vlastního vývoje

V 60. letech drogy vyvolávaly pocit, že otevírají mysl a stimulují mozek. V tomto období se řada vědců zabývala výzkumem účinku psychadelik na člověka. Našel se i jeden, který výzkumu opravdu propadl (T. Leary a jeho společníci). Hledal ozdravné účinky pro celou společnost.

²⁷ Drogy a drogové závislosti 1, Kamil Kalina a kol. str. 124

Zbavení se nepříjemného stavu

Drogy odjakživa zbavovaly bolesti a v tomto smyslu byly lékem. Smýšlení o tom, že by droga mohla být i lékem na duši je velmi staré. Z praxe je vidět, že mnoho lidí začalo drogu užívat, aby si vyřešili problém například: traumatická zkušenost. U dospívajících může být tímto problémem pocit odchodu z domova a jednou z možností jak situaci udržet, je užívání drog, které Ukázání svobody a boje s autoritou a zároveň ukazuje, že je nesamostatný a chová se nebezpečně.

Vyvolání slasti, příjemného stavu, zintenzivnění smyslových zážitků

Nejsložitější jsou případy, kdy jedinec užívá drogu hlavně pro slast. Když se slast spojí se strastí, není zde žádná alternativa, která jedince na dlouho od drogy odradí. Dobu bez drogy vyplňujeme psychoterapií, kde jej motivujeme pro přežití a získání dovednosti (či umění) žít.

Usnadnění přizpůsobení

Droga často patří k nějaké skupině. Tyto skupiny bývají obvykle na okraji společnosti. Droga v těchto skupinách zvedá ego a potvrzuje, že jejich životní styl je správný. Léčení takového pacienta, je náročné. Pracovníci musí uvážit následky intervence s následnou abstinencí. Abstinence připomíná v mnoha směrech emigraci do jiných společenství s jiným jazykem. Abstinents trpí kulturním šokem, opuštěností a „home sick“ syndromem (stesk a touha po domě, kterou popisují emigranti).

Dospívání je doba hledání, člověka se pohybuje v různých skupinách, které rychle sdružují a mění se. Drogy se používají jako sdružovací rituál. Dospívající, kteří jsou nejistí s minulostí, přítomností a budoucností, snadno přijímají tyto rituály jako přináležení ke skupině.

Součást asociálního životního stylu

Braní drog dostává závislého na okraj společnosti a toto postavení je potvrzováno potřebou sehnat mnoho peněz na drogu. Pro mnoho lidí bylo úlevou, že byli označeni jako bezmocní jedinci, kteří se ze závislosti musí léčit a mělo by se s nimi zacházet lépe než s trestanci. Droga je atraktivní pro podsvětí (z obchodního hlediska) a není se co divit, že se sami stali závislími (distributoři).

Terapeuti se setkávají s asociálním životním stylem dítěte. Postoj rodičů podporující spíše vývoj dítěte k braní více než k dávání. Do budoucna tento postoj zabraňuje rozvinout pocit sounáležitosti s druhými a ochotou s nimi spolupracovat. Tento postoj se stává důležitou okolností při užívání drog a následně při návratu z drog do běžného života.

Integrované přístupy a význam pro terapeutickou praxi

Integrované přístupy upozorňují méně na faktory, které k užívání drog vedly, ale jsou zaměřeny na faktory, které užívání udržují, brání změně nebo obráceně změnu vyvolávají či usnadňují.

Freud ve své praxi práci se závislími vzdal, protože byli neochotní sebereflexe a nemotivovanosti ke změně. V 80. letech přišel zlom v práci s nemotivovaným klientem. Procházková a DiClementová²⁸ analýza vývoje změny (prekontemplace, kontemplace, akce a udržení změny), která umožňovala proces v krocích a tak motivovat i terapeuty. I systemický přístup posiloval motivaci ke spolupráci (soustředil se na ukázání důsledků změn a zpřítomnil v psychice klientů změnu jako takovou). Pojmenování faktorů, které podporují změnu a jejich funkčního uskutečnění v terapii, dávají terapeutům metodu pro další práci s uživateli, kterým se užívání drogy líbilo.

²⁸ Kalina Kamil, Drogy a drogové závislosti 2, str. 180

Dle Marlattovy teorie prevence relapsu, identifikuje nejdříve skupiny jevů podporujících závislost (rizikové situace, spouštěcí klíče, maladaptivní myšlenkové procesy, emocionální stavy) vedou k zdánlivě nevýznamným rozhodnutím a chováním, kterými se přibližuje pravděpodobnost relapsu. Je důležité, aby si závislý uvědomil faktory, které vedou k závislosti. Tím, že si tyto faktory uvědomí, může pracovat na vyhnutí se relapsu, odolávat touze, jak zpracovávat myšlenky. Také se naučí zvládat první fázi relapsu a budovat novou sociální síť.²⁹

2.7. Důsledky užívání OPL

Pokud člověk začne svůj život podřizovat čemukoliv v nadměrné míře, odrazí se to následně na jeho životě. V této kapitole popisují, v kterých oblastech se tyto následky odrážejí. První 3 body se věnují samotným uživatelům. Poslední bod se týká společnosti, které se důsledky také výrazně dotýkají.

1. Zdravotní důsledky:

- přenos žloutenky typu A, B, C,
- nakažení virem HIV,
- rozvoj latentní psychózy,
- rozvoj paranoidního syndromu.

Virová hepatitida A se v roce 2009 snížila. Ve věkové skupině (10-14 let) byla hepatitida zjištěna u 82 osob. Z toho 2 byly z kategorie s rizikovým chováním (z celé ČR). V Praze z 21 osob, z nich 5 s rizikovým chováním a 2 z injekčních narkomanů. Ve věkové skupině 15-19 let bylo celkem 101 osob. Z toho 45 osob s rizikovým chováním³⁰. Z těchto 45 osob je 7 z kategorie injekčních narkomanů. Toto vyplývá z výzkumu hygienické stanice

²⁹ http://txt.www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/m/marlattova_teorie

³⁰ Pod pojmem rizikové chování rozumíme chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost (Miovský, Zapletalová, 2006).

města Prahy. U virové hepatitidy typu C je nejvyšší podíl injekčních uživatelů drog mezi nemocnými ve věku 15-19let a staršími. Nejvyšší počty nemocných jsou opět v Praze, Ústeckém a Středočeském kraji. Z celkového počtu 22 osob bylo 19 osob s rizikovým chováním z toho 17 injekčních narkomanů (v celé ČR, ve věkové skupině 15-19 let). U chronické virové hepatitidy typu C ve skupině 15-19 let bylo celkem 73 lidí, z toho 67 s rizikovým chováním a 67 injekčních narkomanů. Informace jsou ze zprávy Hygienické stanice.

2. Psychologické důsledky

Pod vlivem drog člověk ztrácí sebeúctu (například: prostituce, krádeže). Hůře se vyrovnává s problémy. Obvykle nenachází jiné řešení než si vzít další dávku, aby byl opět ve svém světě. I tento svět se mu za chvíli rozpadá pod rukama. Což s sebou přináší deprese. Svět bez drog je hnusný a ten s drogami postupně taky.

3. Sociální ztráta

Ve světě drog člověk nepotřebuje vzdělání a škola mu překáží v jeho rozvoji. Kvůli drogám mění své zvyklosti, přátele, volný čas a škola je postavena na poslední kolej. Ve většině případů, dítě školu opouští úplně, v lepším případě přerušuje studium. Nadměrné záškoláctví, nesoustředění, nepřipravuje se do školy. Pokud se spolužáci a kamarádi dozví, že užívá drogy, dostává nálepku „ruce pryč“. Tedy pokud kouří marihuanu, není vyřazen z kolektivu. Mezi lidmi je marihuana brána jako přírodní produkt a co je z přírody nemůže být škodlivé.

Pod vlivem drog nebo (by drogy získal) páchá trestnou činnost. Po překročení zákona může být mladistvému uložena ochranná výchova. Před nástupem musí projít detoxem a případnou léčbu. Ztrácí kontakt s prostředím,

ve kterém žil a s kamarády, částečně i s rodinou. Nevidí je tak často. Pokud nedochází na rodinné terapie. Bohužel i zde nastává problém, jelikož se seznámí s lidmi se stejným problémem. I přes jasná pravidla zařízení si mezi sebou vymění zkušenosti a kontakty. A po propuštění mohou začít znovu. Na detoxu měla většina dívek starší přítele a ti byli dealeri. Snadno pro ně sehnali kontakty.

Další ztrátou z řad přátel nemusí být pouze, že se s ním nebaví, ale také úmrtí někoho z party. Pro někoho zlom (uvědomí si, co drogy můžou), někdo si řekne: mně se to nestane.

2. Ekonomické důsledky

Ekonomickými důsledky teď nemyslím, že by člověk užívající drogy měl hluboko do kapsy, ale ekonomické důsledky pro daňové poplatníky.

Jde o nemalé náklady vydávané na činnost policie, soudů, státních zastupitelství a vězeňského aparátu.

Další finanční prostředky jsou vynakládány na léčbu nemocí, které vznikly v důsledku užívání drog (hepatitida, AIDS aj.), na léčbu psychických poruch a na léčbu akutních intoxikací. Jen v případě akutního předávkování představuje hospitalizace náklady ve výšce řádově několika desítek tisíc korun.

Nemalé prostředky vynakládá stát na diagnostiku narkomanů sloužící ke zjištění nákazy HIV nebo hepatitidy.

K výše uvedeným nákladům je nutno přičíst i náklady na léčbu těch, kteří se od narkomanů nakazili (ať už zaviněně či nezaviněně) některou nemocí.

Nelze opomenout ani fakt, že narkomani jsou v důsledku snížení své imunity náchylnější k nákazám – k chřipce, hepatitidě a v poslední době také k TBC. To vše významným způsobem odčerpává fondy určené pro zdravotnictví.

2.8. Fakta o užívání drog u dětí a mladistvých za rok 2009 v České republice

Tato kapitola se věnuje údajům, jak to v naší republice vypadalo v roce 2009. Tyto fakta jsem získala ze stránek Hygienické stanice v Praze. Kolik lidí si zažádalo o léčbu, v kolika letech se s drogami začíná. Tabulky, které se nacházejí v příloze, jsou pro nealkoholové drogy. Je vhodné, abych do úvodu této kapitoly vysvětlila pojmy, které používám.

1. **pojmem je incidence léčených uživatelů drog roce 2009** – eviduje všechny nově evidované uživatele drog-žadatele o první léčbu v průběhu roku 2009.
2. **pojmem je prevalence léčených uživatelů drog v roce 2009** - eviduje všechny uživatele drog, žadatele o léčbu, kteří v průběhu roku 2009 alespoň jedenkrát navštívili některé ze zařízení poskytující péči osobám užívajícím drogy.
3. **pojem incidence problémových uživatelů drog v roce 2009** - eviduje všechny nově evidované problémové uživatele drog - žadatele o první léčbu v životě v průběhu roku 2009.
4. **pojem prevalence problémových uživatelů drog v roce 2009** - eviduje všechny problémové uživatele drog, kteří v průběhu roku 2009 alespoň jedenkrát navštívili některé ze zařízení poskytujících péči osobám užívající drogy (lůžkové nebo kontaktní služby).³¹
5. Studenti a žáci tvoří největší podíl mezi všemi evidovanými uživateli drog (v Pardubickém kraji, na Vysočině a Moravskoslezském kraji). Nejnižší je v kraji Ústeckém. U nově evidovaných uživatelů je podíl studentů a žáků ve všech krajích vyšší, nejvíce jich bylo zaznamenáno v Praze a Moravskoslezském kraji.

³¹ www.hygp Praha.cz, čerpáno 13.5.2010

Počet evidovaných prvo žadatelů o léčbu se v porovnání s rokem 2008 zvýšil o 337 osob na celkem 4318 osob. Ve skupině 15-19letých se specifická incidence zvýšila na 4041 osob. Mezi žadateli o první léčbu jsou stejně jako v minulých 4 letech nejpostiženější věkovou skupinou 20-24 let (v roce 2004 to byla věková skupina 15-19 let). Incidence se z roku 2008 zvýšila o 3 osoby. Druhou nejpostiženější věkovou skupinou jsou 15-19letí. 1126 osob znamená také druhou nejvyšší incidenci 173,2/100000 obyvatel.

Tabulka číslo 1.

Věkové skupiny uživatelů drog – žadatelů o léčbu dle pohlaví

Věk	Všichni klienti v roce 2009				První léčba v roce 2009			
	Muži	Ženy	Neznámo	celkem	muži	ženy	neznámo	Celkem
do 15 let	30	15	0	45	28	10	0	38
15-19 let	822	733	4	1559	625	497	4	1126

Zdroj: Hygienická stanice města Praha

Věková struktura léčených uživatelů drog se liší podle pohlaví. Nejpočetnější skupinou mezi muži je 20-24let (27,9%), 25-29 let (23%), 15-19 let (21,6%). Mezi ženami je nejpočetnější skupinou 15-19leté klientky (35,3%), 20-24let (30%), 25-29(17,3%).

Mladistvých uživatelů do 15 let věku, kteří žádali o první léčbu je 38 (v roce 2008 to bylo 54 osob), mezi všemi klienty je 45 osob (v roce 2008 to bylo 66 osob). Z toho vyplývá, že 0,5% ze všech klientů a 0,9% z prvně léčených tvoří mladistvý.

Mezi novými léčenými uživatelkami drog v roce 2009 tvoří ženy ve věku do 19 let 36%, zatímco muži ve věku do 19 let 22,6%. Také mezi všemi léčenými

uživatelé drog v roce 2009 je výrazně vyšší podíl žen ve věkové skupině 15-19 let (z evidovaných uživatelů - 25,9% žen a 43,9% mužů).

Ženy (uživatelky pervitinu) ve skupině do 15 let a 15-19 let převažují nad muži jak mezi žadateli o prvou léčbu, tak i mezi všemi klienty. Muži (uživatelé heroinu) převažují nad ženami ve všech věkových kategoriích nad 19 let. Mezi uživateli heroinu je ve všech věkových skupinách převaha mužů. Pouze u všech klientů ve věkové skupině 15-19 let je počet mužů a žen vyrovnaný. Tento fakt je patrný v následujících tabulkách (tabulka č. 2, 3).

Tabulka číslo 2 . Zdroj: Hygienická stanice města Praha

Droga	Všichni klienti v roce 2009		První léčba v roce 2009	
	do 15 let	15-19 let	do 15 let	15-19 let
Opiáty(celkem)	0	38	0	22
Heroin	0	33	0	19
Brown	0	3	0	3
Stimulancia	1	398	1	281
Amfetamin	0	0	0	0
Pervitin	1	396	1	279
Halucinogeny	0	4	0	4
LSD	0	2	0	2
Rozpouštědla	3	9	3	7
Toluen	3	8	3	6
Jiné	0	1	0	1
Kanabionidy	26	368	24	306
Marihuana	26	368	24	306
Jiné drogy, léky	0	2	0	2
Neznámé	0	2	0	2
Celkem	30	822	28	625

Tabulka číslo 3 Zdroj: Hygienická stanice města Praha

Droga	Všichni uživatelé v roce 2009		První léčba v roce 2009	
	do 15 let	15-19 let	do 15 let	15-19 let
Opiáty	0	37	0	14
Heroin	0	31	0	12
Subutex	0	4	0	1
Kokain	0	1	0	0
Stimulancia	5	508	2	332
Pervitin	5	506	2	330
Extáze	0	1	0	1
Efedrin	0	1	0	1
Benzodiazepiny	0	1	0	1
Rozpouštědla	0	3	0	3
Toluen	0	2	0	2
Jiná	0	1	0	1
Kanabionidy	10	179	8	144
Marihuana	10	179	8	144
Jiné drogy, léky	0	3	0	2
Neznámé	0	1	0	1
Celkem	15	733	10	497

Mezi novými klienty, je u uživatelů všech drog v roce 2009 nejvyšší incidence mezi 20-24letým (176,7/100000), za ní následuje skupina 15-19let (173,7). Mezi novými uživateli heroínu drží přední příčku věková skupina 25-39let. U nových uživatelů pervitinu je ve skupině 20-24letých (129,3/100000), následuje skupina 15-19letých (94,3/100000). Mezi uživateli pervitinu převažují stejně jako v minulých letech ve věkových skupinách do 15 let a 15-19 let ženy nad muži.

Nejvyrovnanější je poměr mužů a žen u 15-19letých všech léčených uživatelů drog (1,1:1). Mezi všemi léčenými uživateli heroínu je nejvyrovnanější počet mužů a žen také ve skupině 15-19letých (1,1:1). Mezi všemi uživateli pervitinu převažují ženy ve věkové skupině 15-19let i ve skupině do 15let nad muži. Tyto údaje jsou obsaženy v tabulce níže (tabulka č. 4).

Tabulka číslo 4

Droga	Věk	M uži	Ž eny	poměr mezi pohlavími	celk em	incidence na 100 000 obyvatel
	do 15 let	2 8	10	2,8:1	38	2,6
	15- 19 let	6 25	49 7	1,3:1	1126	173,7
Heroin	do 15 let	0	0	0	0	0
	15- 19 let	1 9	12	1,6:1	31	48
Pervitin	do 15 let	1	2	0,5:1	3	6,2
	15- 19 let	2 79	33 0	0,8:1	611	294,3

Zdroj: Hygienická stanice města Praha

Aktuální situaci naší drogové scény charakterizují informace o věku prvního užití základní drogy³². Před dosažením věku 15 let začalo užívat některou ze základních drog již 703 uživatelů (16,3%) žadatelů o prvoléčbu a 1337 osob (15,3%) ze všech léčených klientů. Dalších 2102 osob (48,7%) z nově evidovaných klientů a 4439 (50,7%) ze všech uživatelů začalo užívat základní drogu ve věku 15-19let. Před dovršením 19ti let tedy začalo drogu užívat 65% prvožadatelů o léčbu a 66% všech léčených uživatelů drog. Rozdíly můžeme najít i mezi věkem prvního užití heroinu. U pervitinu je rozdíl minimální (68,4%). To ukazuje, že pervitin je nejen rozšířenější než heroin, ale také dostupnější. Ženy jsou u užívání, hlavně pervitinu, ale i heroinu aktivnější v nižším věku než muži. Informace jsou shrnutím tabulky, která je níže (tabulka č. 6).

³² Hlavní droga, kterou užívá např.: pervitin je má základní droga, marihuanu kouřím jako doplněk.

Tabulka číslo 6

Droga	Všichni klienti v roce 2009		První léčba 2009	
	do 15 let	15-19 let	do 15 let	15-19 let
Opiáty	138	848	28	204
Heroin	121	709	34	170
Metadon	0	2	0	0
Subutex	6	69	1	9
Ostatní	11	68	3	25
Kokain	2	13	1	8
Stimulancia	685	3019	302	1495
Amfetaminy	0	4	0	0
Pervitin	685	3001	302	1495
Extáze	0	4	0	3
Efedrin	0	10	0	8
Halucinogeny	1	9	1	9
LSD	0	6	0	6
Psilocybin	1	1	1	1
Durman	0	2	0	2
Hypnotika, Sedativa	7	9	4	3
Benzodiazepiny	3	1	3	0
Ostatní	4	8	1	3
Rozpuštědla	15	21	8	12
Toluen	13	20	7	12
Jiná	2	1	1	0
Kanabionidy	486	508	347	352
Marihuana	486	508	347	352
Jiné drogy, léky	3	9	2	6
Neznámé	0	3	0	2
Celkem	1337	4439	703	2102

Zdroj: Hygienická stanice města Praha

Nejčastěji užívaná sekundární droga je marihuana (1604 osob z nových klientů a 3245 osob u všech klientů v roce 2009), pervitin (537 osob), extáze (u nových klientů – 19 osob).

Informace v tabulkách číslo 4 a 5 zachycují rozdíly ve věkové distribuci všech i nově evidovaných uživatelů drog, jak heroinu, tak pervitinu, dle pohlaví a poměru mužů a žen jejich prevalencemi a incidencemi.

3. Drogová prevence a léčba

3.1. Prevence

Prevence znamená předcházení, ochranu, působení proti nějakému jevu. Snaží se nežádoucímu jevu zabránit (vzniku, pokračování, šíření, opakování, odstranit nebo zmírnit jeho následky). Prevenci můžeme dělit na obecnou (obecný stav populace) nebo na speciální (zneužívání drog) dále se dělí na **primární, sekundární a terciální**.

V různých vývojových stádiích je aplikovaný jiný druh prevence. Primární prevence obsahuje jak obecnou tak speciální prevenci. Jedná se zde o: „posilování žádoucích osobnostních charakteristik. Důvěra, vůle, vytrvalost, schopnost komunikovat, spolupracovat, vytvářet vztahy učení se psychosociálním dovednostem včetně dovednosti odmítat pomoc při vytváření hodnotových a dostupných volnočasových aktivit.“

S prevencí je důležité začít už od nejtítlejšího věku. U malých dětí je dobré používat informace pragmatické, zejména s důrazem na drogy jako obchodní artikl, jehož cenou je ztráta identity a zdraví. Hlavně by měla o drogách mluvit osoba, která má o drogách více informací než děti. Informace by měly být podávány uceleně a odborně. Je lepší si pozvat někoho, kdo s drogovými uživateli pracuje, případně někoho, kdo si to prožil. My na škole jsme měli sezení s členem skupiny z knihy Memento. Tato prevence přišla až na střední škole. Na základní škole jsme osvětu neměli a bohužel na to mnozí doplatili. Na základní škole se drogy vyskytovaly více než na střední.

V oblasti informovanosti by měli sehrát zásadní úlohu rodiče. Informovaný rodič působí na děti efektivněji než škola. Bohužel rodiče svou odpovědnost přenáší na další instituce a zařízení. Přitom v rodinách, kde není problém mluvit o drogách otevřeně, je méně problémů s konzumací drog u dětí.

Peer programy³³ patří mezi nejúspěšnější formu primární prevence. Základem je aktivní účast předem připravených vrstevníků. Cílová skupina se s takto připravenými vrstevníky ztotožní. Díky tomu získané dovednosti a postoje snadněji aplikují v běžném životě. Peer programy jsou dobré, ale zároveň poněkud problematické. Jejich rizikem je najít vhodné aktivisty.

Dalším důležitým bodem je naplnění volného času mládeže. Například Domy dětí a mládeže, Skaut a další organizace. Bohužel ne všichni mají peníze a chuť do nich docházet. Proto existují nízkoprahové zařízení, sportoviště na volně přístupných prostranstvích, skate park a podobné nabídky. Je nepochybné, že každá investice do prevence se mnohonásobně vrátí. Je pouze otázkou, co mládež na daném místě postrádá, co potřebuje a po čem touží. Především problémům včasným zásahem.

Sekundární prevence obsahuje: linky důvěry, terénní práce (streetwork), nízkoprahová kontaktní centra. Mezi další formy sekundární prevence patří: léčebně kontaktní centra s ambulantní léčbou, lůžková zařízení pro krátkodobou nebo střednědobou ústavní léčbu, terapeutické komunity pro dlouhodobou léčbu a resocializaci. Ve všech těchto zařízeních je klient dobrovolně.

Terciární prevence obsahuje: doléčovací centra a kluby s ambulantní docházkou, domy a chráněné byty poskytující dočasné chráněné bydlení a kontrolu. Kontrolní činnost a podpora sociálních kurátorů, dalších sociálních pracovníků a terapeutů, skupiny rodinné terapie a skupiny rodinných příslušníků, svépomocné skupiny bývalých toxikomanů. *„Harm reduction (programy minimalizace škod, pomoci pro přežití, akceptující drogové práce),*

³³ Principem peer (helper) programů je aktivní zapojení předem připravených, zdravě žijících vrstevníků (vybraných podle kritéria přirozené autority v kolektivu, např. pomocí sociometrické studie), kteří pozitivně a neformálně působí na formování postojů ostatních dětí. Význam anglického slova „peer“ je ovšem širší – vrstevník je někdo, s nímž se cílová populace může ztotožnit. Svou roli přitom sehrává nejen věk (optimální jsou podle Nešpora aktivisté o jeden nebo o dva roky starší), ale např. ekonomická situace či souřadné sociokulturní postavení

soubor opatření ve prospěch drogově závislých, která explicitně nevyžadují ukončení konzumu drog, ale snaží se o zmírnění rizik a důsledků.“³⁴Harm reduction může zahrnovat základní hygienu, sociální kontakty, nabídku trávení volného času, zaměstnávání, dočasné bydlení (noclehárny, chráněné bydlení), základní lékařskou pomoc, výměnu jehel, v některých zemích kontrolované vydávání drog.

Po vysvětlení co je prevence, jakým způsobem se dělí, co obsahují jednotlivé části bych ráda uvedla, že jsem svou práci zaměřila na sekundární prevenci.

2.7.1. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k sekundární prevenci

V sekundární prevenci je léčba:

- „zastavením,
- *odpoutáním od prostředí, které mi umožňovala žít závislým způsobem života,*
- *detoxifikací v širším slova smyslu sleva (substance, vztahy, prostředí, návyky),*
- *pohledem zpět na uplynulé životní události,*
- *konfrontace s tím, co mě poškozovalo a zraňovalo,*
- *konfrontací s tím, co já jsem poškodil nebo koho jsem zranil,*
- *rozpoznáváním, pochopením a přijetím odpovědnosti za svůj život,*
- *vyjádřením si náhledu na souvislosti abúzu návykové látky a špatné životní strategie,*
- *znovuobjevováním pocitů a emocí a učení se jejich adekvátním vyjádření a vlastnění pocitů (na místo projekce),*
- *možností uvědomit si reálné vztahy a vazby ke svému okolí (rodina, přátelé, pracoviště),*
- *hledáním smyslu života, životních hodnot,*

³⁴ PRESTON,A.,Malikowski,A, ŠAFRÁNEK,M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě, str.32*

- hledáním vztahu k nějakému vyššímu ideálu, princip k pravému Já,
- hledání nástrojů k provádění změn a jejich udržení v každodenním životě,
- upevňováním hodnot souvisejících s nadbytou abstinencí. ³⁵

Principy, které jsou obvykle základem terapeutické práce, vycházející z tzv. komunitního uspořádání a z převažujícího stylu práce formou skupinové psychoterapie: žiji v realitě podle principu „tady a teď.“ O nově objevené poznání se dělím na skupinách. Nejsm sám, mohu sdílet spolu s ostatními svá zoufalství a své naděje.

Léčba se ve standardním léčebném uspořádání vždy zaměřuje na předpoklady biologické, psychologické, sociální a spirituální.

Biologické předpoklady

Sem patří léčba medicínsky ovlivnitelných nemocí, které: 1) otevřely cestu k abúzu, jak tomu bývá například u abúzu analgetik a trankvizérů alogických syndromů nejrůznější povahy nebo u abúzu stimulantů při léčebném bronchiálním astmatu, 2) dále udržují abúzus, jako to vidíme při opakujících se relapsech pro somatické komplikace odvykacích stavů.

Psychologické předpoklady

Zajímám se o celou anamnézu klienta. Hledají se souvislosti mezi psychologickými problémy, rozvojem závislosti, nalézá se období, kdy závislost sama začala vytvářet psychologické problémy a celý systém se stal sebeurčujícím. Pracuje se na získání odpovědnosti za svoje chování.

Sociální předpoklady

Jsou na úrovni sociální práce a výrazně ovlivňují prognózu, výsledky léčby a dalšího uplatnění klienta. Spadá sem pomoc při hledání zaměstnání, v kontaktu s úřady atd.

³⁵ Drogy a drogové závislosti 1, str. 146

Spirituální předpoklady

Spirituální předpoklady jsou v léčebných systémech, které jsou založeny na filozofii Anonymních alkoholiků, Programu 12 kroků a 12 tradicí. Tyto programy bere spirituální dimenzi člověka jako primární dimenzi lidské existence. Zaměřují se na aspekty smyslu života, víry v Boha, pokoru, respektu k tomu co přesahuje jeho individuální Já. Jedním z programů, který se řídí tímto principem je Teen Challenge³⁶.

Pokud má léčba aspirovat na komplexní zdraví jedince pak musí obsahovat metodiku, techniku, která působí na všech 4 úrovních. Velký význam přikládají odborníci významu změněných stavů vědomí.

3.2. Terapeutické přístupy v léčbě dětí a dospívajících

V předchozí kapitole byla část věnovaná rodinné terapii. Ráda bych se rodinné terapie věnovala ve větším měřítku této kapitoly. Dalšími částmi této kapitoly bude terapeutický postup při léčení alkoholové závislosti nezletilých a jeho odchylky od péče o dospělé pacienty. Budu se věnovat psychodynamickému přístupu, systemickému přístupu, model rodinné nemoci, rodinné terapii a individuální psychoterapie.

Hlavní myšlenkou rodinné terapie je: zapojit do léčebného procesu blízké osoby pacienta. Jsou dva typy intervencí zaměřených na rodiny: párová terapie a rodinná terapie.

Jedním z hlavních úkolů terapeuta je navázat kontakt s každým členem rodiny. Cílem navázání kontaktu (připojení) je, aby se všechny strany cítily dobře a společně vytvořily atmosféru vhodnou ke spolupráci na řešení

³⁶ Cílem Teen Challenge je pomoci mladým lidem najít lepší způsob života, který by nebyl naplněn destrukcí, násilím a nenávistí, drogami a alkoholem. Snaha Teen Challenge směřuje k pomoci lidem stát se duševně zdravými, citově vyváženými, sociálně zaopatřenými, fyzicky funkčními a duchovně živými. Dále pak je cílem TC informovat veřejnost a specificky rodiče o problémech spojených s zneužíváním návykových látek.

problému. V první části připojování terapeut pečlivě naslouchá. Ve druhé části procesu připojování terapeut rodině sdělí 1) pochopení pro to, jak každý člen problém vnímá, 2) jasnou představu o tom, jak se vypořádat s problémy, které jednotliví členové vznesou.³⁷

V každé terapeutické skupině je nutné nastavit pravidla. Do pravidel spadá doba, délka konzultace, očekávání trvání léčby, cena atd. Je důležité domluvit se s rodinou, jak budou pokračovat, kdyby pacient začal znovu užívat drogy. Vyjasnit si zda mají přijít i s intoxikovaným pacientem. Pokud závislý během terapie intenzivně užívá, je nutné, aby před zahájením rodinné terapie nastoupil na detoxikaci nebo rehabilitaci.

V rodinách, kde je problém s návykovými látkami je typické, že mají problémy se sdílením myšlenek a pocitů. Ti, co mají problém vyjadřovat pocity, jsou náchylnější k užívání drog. Buď utíkají před svými pocity nebo je vyjadřují. Obvykle závislá osoba schovává svou závislost nebo tvrdí, že má vše pod kontrolou.

V rodinách se stává, že se členové snaží závislému ulehčit jeho situaci. Ať už za něj vyřizují omluvu v práci nebo u dětí neřeší zcestné informace o tom, kde byly a co dělaly. Rodinná terapie může být efektivní při snižování míry umožňování.

Tuto část věnuji specializovaným technikám a cílům psychodynamické a behaviorální rodinné terapie, systémové rodinné terapie a modelu rodinné nemoci.

3.2.1. Psychodynamický přístup

Tento přístup se zakládá na odkrývání a práci s nevědomým materiálem. V rodinné terapii se to děje skrze:

„1) odkrývání nevědomých interpersonálních procesů

³⁷Rotgers, Frederick a kol. *Léčba drogových závislostí. str. 115*

2) odkrýváním a prací se zakázanými pocity, jako například: zlost a zklamání
3) pomoci členům rodiny zaměřené na to, aby pochopili, jak si vzájemně podporují obrannou strukturu. Nevědomé interpersonální procesy ovlivňují fungování rodiny mnoha způsoby. Používá se například: termín „projektivní identifikace.“ Jde o proces, ve kterém jeden člen rodiny nevědomě vyvolá určité chování druhého.“³⁸

V tomto přístupu se terapeuti snaží věnovat pozornost přáním, nadějím a pocitům, které nejsou v rodině vyjádřeny. Jelikož je rodina považuje za nepřijatelné. Většinou není komunikace přímá. Svou nelibost mohou členové dát najevo ignorováním, chladným a lhostejným přístupem.

Dalším nevědomý proces je podpora obranné struktury jeden druhého. Například: otec se stahuje do sebe, když ho jeho adolescentní syn potřebuje. Jinak řečeno, otec se brání tím, že má snahu vyhnout se nepříjemným pocitům. Syn otce podporuje tím, že své pocity nedává najevo.

Psychodynamičtí rodinní terapeuti se snaží, aby lidé nahlas vyjádřili své pocity a přání. Pokud nastane problém, že členové rodiny nemohou pocitům porozumět. Přichází terapeut s nabídkou interpretace. Interpretace je terapeutův komentář, jak on pochopil jejich potlačené nebo popírané myšlenky a pocity.

Pro terapeuta je těžké poznat pravou chvíli, kdy použít interpretaci. Terapeut by měl nabídnout interpretaci, která ukáže pacientovo hlavní přání.

3.2.2. Systemický přístup

Dle teorie o systému rodiny se drogová závislost může vytvořit v období, kdy rodina jako celek prožívá obtíže například: separace, problémy v manželství. Během tohoto období může užívání drog sloužit k odvedení pozornosti od hlavního rodinného problému. Příkladem je adolescent, který prochází mejdany v době, kdy mají rodiče před rozvodem. Drogová závislost může zpomalit nebo zastavit přechod do nové vývojové etapy. Je běžné, že lidé

³⁸Frederik Rotgers a kol., Léčba drogových závislostí, str. 122

„po dvacítce“ odchází od svých rodin a chtějí založit vlastní. V některých rodinách může tento přechod znamenat obavy o rovnováhu v rodině.

Užívání alkoholu a návykových látek má vliv na vývojové úkoly. Vývojové úkoly jsou: vybudování vlastního profesního postavení, kariéry a vytvoření intimních vztahů. Z čehož vyplývá, že mladí lidé zůstávají závislí na svých rodičích. Chování drogově závislého vlastně „napomáhá udržet rovnováhu rodinného systému.“

Přístup systemické teorie k léčbě drogové závislosti se soustřeďuje na identifikaci a řešení rodinných otázek nebo procesů, které způsobily vytvoření „symptomu.“

Terapeut začne s tím, že se snaží odvrátit pozornost od chování drogově závislého. Nasměřovat pozornost na ústřední problém rodiny.

„Rodina, kde je dospívající, který pije, může posuzovat jeho chování jako jednoduše špatné nebo sobecké. Terapeut může jejich pohled na takové chování změnit tak, že zdůrazní, že jedním z jeho motivů je upoutat na sebe pozornost rodičů jako páru, a zabránit hrozbě rozvodu. Terapeut může dále zdůraznit, že když projevují společně zájem o problém, který má adolescent s alkoholem, opravdu spolupracují. Toto odhalení může vést k tomu, že se rodina přestane přehnaně zabývat pouze pitím jako takovým a začne přemýšlet i o souvisejících motivech a důsledcích.“³⁹

Stává se, že členové rodiny raději mluví s terapeutem než mezi sebou. Snahou terapie je, aby se členové během sezení obraceli přímo jeden na druhého.

Rogers uvádí příklad:

Rodiče přivedou své dítě k hospitalizaci, protože nejsou schopni kontrolovat jeho užívání nebo agresivní chování. Pokaždé když se adolescent cítil zklamán nebo se rozzlobil, odešel z místnosti. Ze začátku rodiče jen seděli a nic

³⁹Frederik Rotgers a kol., Léčba drogových závislostí, str. 126

nepodnikli. Když se terapeut zeptá, zda by za svým dítětem nechtěli jít, odpověděli, že je to vůbec nenapadlo a jestli by to vůbec mělo smysl. Nejspíš ke stejným situacím docházelo i doma.

Poté za svým dítětem šli a trvali na návratu. Vyslechli si nepříjemné věci, ale když vytrvali, tak se dítě vrátilo a konzultace mohla být dokončena.

Další technikou je vymezení hranic v rámci rodiny. Měly by být jasně dané role a zodpovědnost každého člena rodiny. V rodinách s drogovou závislostí i proto je vymezení problematické. Pracovníci si uvědomují, že některý z rodičů je více vázán na dítě.

Problémy s nastavením hranic se dají řešit různými způsoby. Doporučuje se, aby členové spolu mluvili přímo a neodpovídali místo ostatních. Pokud někdo odpovídá za jiného, terapeut jednotlivce oddělí nebo si sedne mezi ně. U dospívajícího je možné, aby seděl tiše, dokud si rodiče problém nevyřeší. Toto může posílit hranice rodiči s adolescentem. Terapeut může zadat rodině úkoly, které mají splnit, a které hranice posílí. Třeba, že si mají rodiče vyhradit zvláštní dobu pro to, aby spolu strávili určitý čas sami.

3.2.3. Model rodinné nemoci

V tomto modelu se zastává názor, že k závislosti přispívají i procesy v rodině. Z tohoto pohledu je užívání návykových látek považováno za chorobu, která ovlivňuje všechny členy rodiny. Pro úspěšné řešení problému se závislostí musí členové rodiny podstoupit Program 12 kroků⁴⁰.

„Jak závislost postupuje, stávají se členové spolu-závislými. V modelu rodinné nemoci jsou primárními cíli léčby tyto: pomoci všem členům rodiny uvědomit si, že jsou nemocní pomoci členům do jisté míry se oddělit od drogově závislé osoby, zapojit členy rodiny do programu 12 kroků.“⁴¹

⁴⁰ Dvanáctikrokový program vznikl na základě pravdivých zkušeností alkoholiků, kteří prošli účinnou léčbou z alkoholismu. Rozhodli se předat své zkušenosti dalším lidem, kteří mají stejný problém a bojují se závislostí.

⁴¹Frederik Rotgers a kol, Léčba drogových závislostí, str.128

V tomto modelu se zdůrazňuje individuální léčba každého člena rodiny. Problém je v rodině, ale řešení je v tom, že každý člen má vypracovaný zvláštní program rehabilitace.

3.2.4. Rodinná terapie **Adolescenti jako identifikovaní pacienti**

Rodinná terapie u adolescentů je velice užitečná a řekla bych, že má větší účinek než když je klient léčen sám. Pozorováním se zjistilo, že experimentování s alkoholem či nealkoholovými drogami (během puberty) je znakem chování obvyklého pro skupiny vrstevníků. „*Užívání návykových látek je spíše spojeno s psychopatologií a rodinnou dysfunkcí (Newcomb a Bentler, 1989). Mezi rozšířené rodinné terapie pro adolescenty bychom zařadili především psychodynamickou intervenci (Shapiro, 1982b) a systémovou terapii (Fishaman a kol., 1982, Kaufman a Kaufman, 1979).*“⁴² Při rodinné terapii je důležité brát v úvahu: věk adolescenta, cíle léčby, komorbidní psychiatrické problémy, výchovné obtíže a vztah mezi rodiči. Rozdělím nyní text na aspekty, které jsem uvedla v předchozí větě.

Věk

Je důležité rozdělit adolescenty na mladší a starší, je to významné kvůli klinické implikaci.

Starší adolescenti (12-16 let) mohou svou drogovou závislostí řešit problém separace. Při dospívání adolescentů nastává jeden ze zlomových bodů života. Částečné oddělení od rodiny. Může to být kvůli studiu (bydlení na internátu), bydlení s partnerem nebo kamarády, případně si vyberou jinou cestu samostatným životem. Je jedno, jestli opustíme rodinu, že musíme nebo chceme, vždy je to těžké. Pro někoho toho odloučení může znamenat prožívání vnitřních zábran, které jsou spjaty se separací, což nejspíš souvisí s tím, že opouštějí rodiče. Někteří rodiče se chovají, ať vědomě či nevědomě tak, aby

⁴² Léčba drogových závislostí, Frederik Rotgers a kol., str 134

jejich dítě neopustilo domov. Užívání alkoholu a drog je vlastně způsob jak sabotovat svou snahu o osamostatnění. Když přijde člověk domů opilý, rodiče se o ně postarají, protože on ještě nemá na to, aby žil sám nebo s kamarády (partnerem). Vzdávám se odpovědnosti dospělého člověka. Zároveň zde dochází k psychoseparaci tím, že jsem si zvolila jiný styl života než moji rodiče. U starších adolescentů bývá jedním z hlavních úkolů odhalit a zabývat se právě zábrany dospívajícího nebo jeho rodičů vůči procesu separace, který teprve nastane.

U mladších adolescentů není problém separace, to s čím bojují. Rodinu neopouští, ale spíš by na ní měli být závislejší. U některých případů užívání návykových látek v začátku adolescence odráží předčasný vývoj (pseudodospělost). Drogová závislost v této době spíše ukazuje, že adolescent nebo rodina či všichni mají vážné problémy. Zde by se rodinná terapie měla zaměřit na řešení dysfunkcí v rodině.

Když jsem byla na praxi na detoxu pro děti a mládež, viděla jsem tam právě tento problém. Zažila jsem pacienty od 11-17 let. Žádné z dětí, se kterými jsem se setkala, nemělo normálně fungující rodinu. Všechny byly s rozvedených, případně jinak dysfunkčních rodin.

Cíle léčby

Při rodinné terapii se zvažují cíle, které se vztahují specificky k užívání návykových látek a cíle související s ostatními aspekty fungování pacienta. Pro jakéhokoliv adolescenta je optimálním cílem, alespoň z krátkodobého hlediska úplná abstinence. Mnoho adolescentů úplně abstinovat nechce. Jdou se léčit, protože to chtějí rodiče, soudy případně obojí. Jedna slečna mi říkala, že je na detoxu, protože její kámoši řekli, že by to s ní nemuselo dopadnout dobře. Tak se přišla jen vyčistit, dát se dohromady a pak bude pokračovat. Detox vzala jako očištné volno, aby nedopadla zle. Je lepší dát si jako primární cíl snížit

rizika užívání než úplnou abstinencí. V této strategii se adolescenti učí rozpoznávat a předvídat potencionální rizikové situace: nadměrné pití, řízení automobilu pod vlivem alkoholu, užívání drog a násilí. Další možnou strategií je možnost strávit určitou dobu bez drog. Adolescent může dál uvažovat o tom, jakou roli hrají drogy v jeho životě. Naučit se alkohol a drogy omezovat, pokud by se v budoucnosti rozhodl je znovu užívat. Při stanovování léčebných cílů se musí brát v potaz adolescentův věk. U starších adolescentů musíme očekávat určité experimentování, u mladších může jakéhokoliv užívání vést k vážným problémům. U adolescentů mladších 16 let je nutné trvat na úplné abstinenci.

Další cíle se týkají řešení problémů v komunikaci, problematických vztahů a vymezení hranic v rámci rodiny. V mnoha případech mají adolescenti blíže k jednomu z rodičů. Obvykle to bývá matka. Zažila jsem případ slečny, kdy se rodiče rozvedli. Soud ji svěřil do péče matce. Tato dívka měla velice silný vztah k otci (bohužel měl problémy s alkoholem). Její matka se k ní nechovala jako k dceři. Tato dívka má problémy s chápáním sama sebe. Neváží si sebe. Utekla z domu a našla si svou partu, ve které se běžně užívá pervitin. Matka na ní nemá vůbec vliv. S otcem se stýká zřídkakdy.

V systémové terapii se snažíme posílit vazbu mezi rodiči a pomoci jim fungovat jako celek. Zároveň směřuje terapii ke zmírnění pouta adolescent a jeden rodič.

Komorbidity

V mnoha případech dospívající závislí zápasí s jinými problémy. Osoby například s úzkostí, depresiemi, poruchami pozornosti nebo nějakou formou poruch chování nebo antisociální poruchou osobnosti.⁴³ Velmi často je toto chování spojeno se sebevražednými tendencemi, násilím či kriminální činností. Tyto činnosti nutí rodiče přivést své dítě na léčení. Při léčbě adolescenta je

⁴³ Léčba drogových závislostí, Frederik Rotgers a kol.,str136

důležité, aby podstoupil vyšetření, které určí přítomnost jiných poruch. Pokud má adolescent komorbidní poruchu, doporučuje se mu k rodinné terapii ještě individuální. Pozor se musí dát na podávání léků u adolescentů, kteří mají sklon k depresím anebo k poruchám pozornosti.

3.2.5. Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie je zaměřena na práci s jednotlivcem. Hlavním prostředkem je rozhovor. V roce 2001 určily Standardy služeb pro uživatele drog⁴⁴, které nastavily základní rámec individuální péče v TK. Tyto standardy definují potřebu individuálního přístupu ke klientovi včetně institutu „garanta“. Vyžadují vytváření individuálního léčebného plánu s revizemi 1 za 14 dní. V individuální psychoterapii je kladen důraz na práci s garantem, práci s deníkem a obecně výchovnými prvky.

V závěru kapitoly bych ráda udělala menší shrnutí. Terapie, které jsou zaměřeny na rodinu, mohou být účinnými nástroji pro snížení intenzity užívání drog a udržení těchto pozitivních výsledků po nějakou dobu. Může to mít pozitivní vliv na fungování páru. Rodinné terapie, ale nejsou vždy vhodné. Například když členové nechtějí spolupracovat nebo když nepodporují abstinenci. Když terapie započne, není lehké v ní setrvat. V některých extrémně narušených nebo chaotických rodinách je možné provádět terapii pouze během hospitalizace.

Každý přístup rodinné terapie podporuje změnu. Jednou z otázek může být, zda je dobré, když terapeut používá pouze jeden přístup nebo dokáže kombinovat více přístupů.

Je potřeba výzkumu, abychom dokázali identifikovat ty charakteristiky závislých a jejich rodin, které by byly předpokladem dobrých výsledků terapie pro každý ze zmíněných přístupů. Tento výzkum by umožnil vybrat tu nejlepší formou léčby pro určitou rodinu.

⁴⁴ http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf

Vyvstávají další otázky na téma, kdy začít intervenci u drogově závislých a členů jejich rodin. Je lepší hned na začátku léčby nebo až po abstinenci? Otázkou je, kdo další z rodiny by se měl zúčastnit terapie?

Tvoří se příručky týkající se rodinných terapií. Významným posunem byl popis krátkodobé psychodynamické, podpůrně – expresivní terapie, která je dobrým příkladem toho, jak mohou být uplatňovány dynamické způsoby léčby.

3.3. Překážky léčby

V této části bych ráda nastínila problematiku v léčbě u dětí a mladistvých. Možná si někdo řekne, jaké překážky, vždyť jsou to děti, mají své zákonné zástupce, kteří se o ně postarají. Rodiče přece ví, co je pro jejich dítě nejlepší. Bohužel na své praxi jsem zjistila, že v některých případech jsou právě rodiče jednou z překážek. Uvedu pár příkladů, jak zakročili někteří rodiče.

První příkladem je, že v pátek odpoledne přišel na detox šestnáctiletý kluk se svými rodiči. Přišel se dobrovolně (je to důležité, mnoho dětí je dovedeno rodiči nebo policií) léčit ze své drogové závislosti. Na detoxu nebyl poprvé. Dva roky užíval pervitin a teď přešel na heroin (injekčně). Na tomto mladíkovi bylo vidět, že už užívá dlouho a má toho dost. Měl zjizvený obličej, byl pohublý. Na něm se drogy opravdu podepsaly. Ostatní klienti nebyli takto poznamenáni. Měli jen smutné oči, ale viditelnější známky neměli.

Potkala jsem ho, zrovna když jsem odcházela z praxe. V pondělí jsem se ptala, kde je. Sociální pracovníce mi řekla, že zůstal dvě noci a pak si pro něj rodiče přijeli se slovy: „Co by tomu řekli sousedé?“ Nezajímalo je, že se syn chce léčit.

Druhý případ, který jsem zažila, byla slečna, které je nyní osmnáct let. Loni ještě plnoletá nebyla a tak když se domlouvala s otce ohledně léčby, musela ustoupit. Ona se chtěla léčit, ale její otec považoval za důležitější doděláním druhého ročníku školy.

Zjišťovala jsem, jestli je nějaká možnost odporovat takovým rozhodnutím. Pan profesor Milfait zmínil epikii. Epikie (epieikea - vhodnost) jedná se o zvláštní formu, jak se vypořádat se zněním zákona. „*Epikie znamená, že člověk v nějakém konkrétním případě soudí, že litera zákona musí být opravena jeho smyslem. Epikie může nastat v situaci když:*

je poslušnost zákona nemožná pro kolizi se zákonem vyšším

je poslušnost zákonu mravně nemožná

je poslušnost zákonu tvrdší, než zákonodárce skutečně zamýšlel.“⁴⁵

Nevím, do jaké míry je toto možné. Nikdy jsem neslyšela, že by se epikie uplatňovala.

Druhá překážka, která brání léčbě u dětí a mladistvých je místo. Na praxi jsem nezáviděla sociální pracovníci, když obvolávala komunity a ony měly dlouhé seznamy čekatelů. Už nalomit závislého, aby o léčbě uvažoval, je velice těžká práce. Když už o léčbě začne přemýšlet, sociální pracovnice nabídne různé možnosti, kam by mohl jít. Klient si vybere léčebnu, která by mu vyhovovala. Poté začíná boj o místo. Jedna slečna čekala 3 týdny na detoxu, aby mohla nastoupit. Byla to pro ni zkouška. V podstatě každý den přišel někdo nový, který četl svůj životopis (jak se dostal k drogám, co užíval atd.). Mezi klienty se i přes zákaz o drogách mluvilo. Pro někoho, kdo překonává svou chuť na drogu, musí odolávat tlaku klientů, v hlavě se smířit s tím, že půjde do nového prostředí je to dost dlouhá doba a hrozí, že si to rozmyslí. Další slečna se za celý pobyt místa nedočkala a vracela se zpět do starého prostředí. To mluvím o klientech, kterým bylo 16 a 17 let. Pro tuto věkovou kategorii jsou místa v léčebnách. Klienty pod 15 let v podstatě není možné umístit. Jedinou možností jsou dětská oddělení v psychiatrických léčebnách. Tato oddělení, ale nejsou speciálně zaměřena na drogovou problematiku. Nejmladším klientem detoxu byl jedenáctiletý chlapec, který

⁴⁵ www.jdubr.ic.cz/referaty/rlv/etika.htm , dne 25. dubna 2010

čichal toluen. Já zažila dva třináctileté chlapce, kteří byli na detoxu za užívání marihuany (jednoho přivezli rodiče, druhý měl detox nařízený soudem).

Třetí překážkou jsou finance. Klienti bývají z rozvrácených rodin. Tyto rodiny bývají i sociálně slabší. Jedna slečna nemohla jít na léčení, protože rodič neměl peníze na zaplacení komunity. Tyto situace se řeší ambulantně.

Tabulka pro orientaci kolik se platí v léčebnách, kam mohou nastoupit mladiství na léčbu.

Cesta Řevnice	82Kč/den (64Kč stravné, 18Kč ubytování)
Teen Challenge	3900Kč/za jeden pobyt
White Light I.	160Kč/den, jednorázová vratná aukce 3000Kč
TK Karlov	33Kč strava, 70Kč ubytování
Klíčov	6 100Kč na 2 měsíce pobytu

Když jsem byla na konferenci na téma Mladiství a drogy dozvěděla jsem se (při přednášce pracovníka z oddělení dětského detoxu), že velice dobře spolupracuje Cesta Řevnice. *„Neexistuje žádné zdravotnické zařízení, které by se specificky věnovalo protidrogové následné péči pro pacienty do 18 let, psychiatrické léčebny (snad kromě PL Jemnice a v poslední době i PL Bohnice) se staví k abuzéru drog velmi rezervovaně. Případně jsou tito pacienti zařazováni do skupin pacientů (starších) dospělých – zvláště alkoholiků, což velmi často vede k předčasnému ukončení léčby. Výrazně se zhoršila spolupráce se školským zařízením Klíčov Alternativa, které změnilo kritéria pro příjem pacientů a indikace „školák do 16 let, bez ústavní výchovy, s poruchou chování a občasným kouřením marihuany“ je pro detoxikační oddělení, kde maximum pacientů má závažné problémy s tvrdými drogami (pervitin,*

kombinace drog, heroin, alkohol) a těžké poruchy chování, zcela nevyhovující.“⁴⁶

⁴⁶Preslová Ilona, Hanková Olga a kol., Mladiství a drogy, str. 19

4. Léčebná pracoviště

V České republice v rámci protidrogové politiky funguje 62 specializovaných programů primární prevence, 128 nízkoprahových programů (67 kontaktních center a 61 terénních programů), 11 pracovišť metadonové substituční léčby, 23 detoxikačních pracovišť (pouze jedno pro děti a mladistvé), 23 terapeutických komunit a pobytových programů pro léčbu, závislých osob, 90 oddělení psychiatrických léčeben (jsou zde i zahrnuty psychiatrické ambulance), 4 denní stacionáře a 23 specializovaných zařízení poskytující následnou péči a doléčovací programy.

Pro děti a mladistvé je z těchto počtů k dispozici pouze 1 detoxikační zařízení, 1 denní stacionář, 5 terapeutických komunit (jen 4 jsou pouze pro cílovou skupinu uživatelů mladších 18ti let), 3 psychiatrické léčebny (ani tyto léčebny nejsou pouze pro děti), 1 výchovný ústav.

Je zajímavé, že z těchto minimálních počtů detoxů, terapeutických komunit není žádná specializovaná na osoby mladší 15ti let. Ze seznamu zařízení jsem vybrala z každého typu jedno zařízení. Které je rozebrané a popsané.

4.1 Detoxikační oddělení

První zastávkou na cestě léčbou je detoxikace. „Smyslem detoxikace je zbavit organismus návykové látky a pomoci pacientovi překonat možné odvykací příznaky.⁴⁷ Detoxikace má připravit pacienta na další léčbu.

Detoxikaci provádí:

- oddělení pro léčbu závislosti,
- detoxikační jednotky v nemocnici, jež poskytují ambulantní služby,
- detoxikační jednotky v nemocničním komplexu.

„Detoxikační centrum nabízí celkovou protidrogovou péči. K zajištění léčby je potřeba zkušených psychiatrů, pediatrů, psychologů, terapeutů, učitelů a sociálních pracovníků. Toto centrum nabízí pomoc u řešení problémů:

⁴⁷ <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/detoxifikace.html>

- a) *děti a mládež, které experimentují s drogami*
- b) *splňují kritéria problémových uživatelů drog*
- c) *pacienti s rozvinutou závislostí na návykových látkách.*⁴⁸

Léčba je zacílena nejen na zvládnutí abstinenčních příznaků, ale též na motivační trénink (intenzivní individuální a skupinové motivační terapie a aktivity pro volný čas).

Aktivity pro volný čas obsahují: arteterapie (keramická dílna, výroba šperků, pletení), muzikoterapie. V detoxikačním centru je k dispozici škola. Pacienti, kteří stále navštěvují základní školu, nechodí na dopolední sezení, ale mají výuku ve škole. Vyučuje se zde, dle studijního plánu, který na vyžádání školy zasílají. Ve škole jsou k dispozici učebnice, cvičebnice, internet.

Na tomto oddělení zůstávají, dokud se sami nerozhodnou co se sebou. Na rozhodnutí mají čas maximálně 21 dnů. K rozhodnutí, co dál se svým životem, přispívá práce psychologa, sociálního pracovníka, terapeuta a v neposlední řadě rodiče. Někteří mají toho oddělení jako mezistanici, po které odchází do léčení nebo soudem nařízeného zařízení. Většina dětí sem nepříjde dobrovolně, obvykle jsou přivezeni rodiči nebo policií.

Pravidelné kouření marihuany uvedlo 95% pacientů. Tato věková skupina marihuanu za drogu nepovažuje. Kouření cigaret či tabáku uvedlo (jako vedlejší drogu) 100% pacientů. Stále se udržuje trend mezi hospitalizovanými, že převládají pacienti s diagnózou závislost na amfetaminech. U problematického pití alkoholu je zvýšení o 7%. Ubylo prokázaných závislostí na opiátech. Bohužel narůstá počet dětí, které s opioidy experimentují. Stabilní stav zůstává u závislosti na prchavých rozpouštědlech (2009 – 2 pacienti). Problematicky podchytilný se ukazuje nárůst pacientů se zkušeností se

⁴⁸ www.nmskb.cz

sniffingem plynů. S halucinogeny mělo zkušenost 90% pacientů (nepovažovali je za základní drogu).⁴⁹

„Průměrný věk pacienta byl v 1. pololetí roku 2009 15,8 let. Zarážející a smutnou skutečností je to, že s pravidelným užíváním drog mají potíže i osoby do 15 let, kterých bylo 52 (hospitalizovaných), tedy 37%. Psychiatrickými ambulancemi DaDDC⁵⁰ prošlo za 1. pololetí roku 2009 celkem 496 pacientů s drogovou anamnézou, z čehož bylo 306 pacientů do ukončeného 18. roku života.“⁵¹

Příjem pacientů je podmíněn pouze kapacitou. Pacient nemusí vypisovat žádné motivační dopisy.

⁴⁹ Preslová Ilona, Hanková Olga, Mladiství a drogy, str. 17

⁵⁰ Dětské a dorostové detoxikační centrum

⁵¹ Preslová Ilona, Hanková Olga a kol Mladiství a drogy, str. 18

4.2. Psychiatrická léčebna Bohnice

Po detoxu pacienti odchází do různých zařízení. Jedním z nich psychiatrická léčebna Bohnice. Zde jsem byla na praxi před rokem. Hned první den jsem měla možnost zúčastnit se ranního sezení. Patientky měly rozdané úkoly. Jedny vymýšlely dopolední program, druhé odpolední, někdo měl ranní rozcvičku. Probraly se důležité informace o telefonátech a návštěvách. Poté se zpívala písnička, která je něco jako hymna oddělení. Měla jsem štěstí, protože jedna klientka zrovna odcházela. Loučily se s ní její kamarádky. Byla to starší klientka a ty mladší zpívaly písničku na rozloučenou. Zarazilo mě věkové rozvrstvení (14-60 let). Sociální pracovnice mě ujistila, že žádné mezigenerační neshody tady nejsou.

Měla jsem možnost jít s pacientkami na dílny. Většina z dílen byly textilní nebo keramické. Se dřevem pracovali jen muži. Bylo úžasné sledovat, jakou radost měla šestnáctiletá slečna z toho, že ušila polštář. Každá pacientka má možnost si svůj výrobek odkoupit za 10kč.

Byla jsem přítomna na jednom skupinovém sezení, kde pacientka přednesla svůj životopis. Mohly jsme se ptát atd. Zaujalo mne, že ačkoliv bylo této pacientce přes 30 let a měla mnoho zkušeností, nedokázala si připustit některá fakta. Nejvíce se do ní pustily (pokládaly velice otevřené a osobní otázky) pacientky kolem 17 let. Všechny dívky pod 20 let se zde léčily ze závislosti na drogách. Napadlo mne, jestli se zkušenosti nesdílí moc a neovlivňuje to ty mladší klientky.

Jeden den mi sociální pracovnice daly asi 20 pacientek na vycházku. Vzaly si mne na starost právě ty nejmladší pacientky. Povídal mi o svých zkušenostech s braním drog, kam všude si drogu aplikovaly, aby se na to nepřišlo. Když jsem se zeptala, jestli četly knihu My děti ze stanice Zoo, oznámily mi, že právě ona je inspirovala k braní. S tímto faktem jsem se setkala i na detoxikačním oddělení. Z jejich povídání vyplynulo, že ty tři

měsíce, co jsou na této léčbě, jsou pouhou pauzičkou, aby se daly dohromady a mnohdy pokračovat. Se stejnými informacemi se člověk setkával na obou pracovištích. Oddychly si, sehnaly nové potencionální klienty a zvesela pokračovaly.

Je strašně těžké přesvědčit tyto děti, mladistvé, že mohou dopadnout špatně. Když mají kolem sebe příklady lidí, kteří užívají drogy několik let a stále žijí. Mnoho z nich používá frázi: „Beru přírodní, ty mi neublíží.“ Chemii si nikdy nevezmu. Případně používají větu: „Skončím, kdy budu chtít“. Mám to přece pod kontrolou. Když konečně procitnou a mají snahu se léčit, nemají moc možností kam jít. Na léčbu je tady moc dlouhá čekací doba, která napomáhá k tomu, aby užívali znovu.

4.3. Terapeutická komunita

Terapeutické komunity, tak jak je dnes známe, se rozvíjely v průběhu posledních 70 let. Jejich podoby a priority se měnily na základě doby, jak se vyvíjela věda. Roku 1934 byla v USA definována „drogová závislost“ jako nemoc. Od té doby se dají datovat počátky budování systému služeb pro uživatele návykových látek. Poté, co se stala závislost nemocí, stala se oficiálním objektem vědeckého zkoumání a hledání způsobí léčby.

Díky předchozím informacím se mohly vyvíjet přístupy, ve kterých byly uznány tři hlavní přístupy k uživatelům drog. *„Prvním přístupem je preskripce – později substituční látky metadonu či dalších preparátů. Druhým přístupem je léčba k abstinenci – zpravidla detoxikace a z různě dlouhé odvykací léčby (kdy se kombinuje medikace, behaviorální a psychoterapeutické léčby). Ke vzniku léčby přispěl i nástup HIV/AIDS. Třetím přístupem je harm reduction.“*⁵²

V České republice terapeutické komunity začaly vznikat po roce 1990. Oficiální uznání jako léčebné zařízení pro uživatele návykových látek přišlo až

⁵² Nevšimal Petr a kol., Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe, str.55

v roce 2005. Terapeutická komunita je mezioborový a meziresortní typ drogových služeb.

Díky třem hlavním přístupům se terapeutická komunita řadí do skupiny sekundární prevence. Terapeutická komunita je určena pro klienty, kteří se rozhodli žít bez drog. Klienti obvykle přicházejí s doporučením z předchozích typů drogových služeb (detoxikační centra, kontaktní centra, nízkoprahová zařízení, psychiatrických léčeben).

4.3.1. Terapeutická komunita pro mladistvé

Léčba mladistvých klade vysoké nároky na komunikaci s rodinou, úřady a také je potřeba odpovídající program přiměřený věku, který je vyžadován zákonem. Z tohoto důvodu není vhodné začlenit mladistvé do programu terapeutických komunit pro dospělé klienty.

Děti a mladiství jsou většinou do léčby nuceni ať už rodinou nebo úřady. Proto je největším úkolem pracovníků přimět tyto klienty k aktivitě, která by umožnila změnu životního stylu. Pracovníci musí překonat obranu a odpor klientů. Nejspíš je toto důvodem, proč je u nás malý počet terapeutických komunit, které jsou zaměřeny na dospívajícího uživatele.

Cílová skupina

Věkové rozpětí se většinou pohybuje od 15-16let až do 25 let. Přijímání jsou chlapci i dívky. Klienty se stávají problémoví uživatelé nebo uživatelé s rozvíjející se závislostí. Hlavní drogou je ve většině případů pervitin, pak marihuana a taneční drogy. U většiny klientů se jedná o první léčbu, prakticky nikdo z nich nemá za sebou zkušenost s léčbou komunitní. Objevují se další problémy – duální diagnózy, nařízená ústavní výchova, dysfunkční rodiny aj.

Složení skupiny

Počty klientů ve skupině jsou individuální dle zařízení. Vzhledem k rodinné povaze práce s adolescenty a vyšším nárokům na práci terapeutického týmu je

lepší variantou menší skupina (cca 12 členů). Skupina je průběžně doplňována (otevřená).

„Dospívající jsou snadno manipulovatelní a podléhají skupinovému tlaku. To pomáhá skupinové terapii, pokud ovšem je naladěna na léčbu. Je nebezpečné zařadit do skupiny větší počet klientů s nařízenou ústavní výchovou, zkušeností s pobytem ve výchovných ústavech. Tito klienti snadno ovládnou pozici neformálního vůdce, který vybuduje tzv. stínová pravidla komunity. Tyto pravidla obvykle bývají v rozporu s komunitními principy (systém úplatků a protislužeb, krytí porušování pravidel, zastrasování). Toto může učinit skupinu destruktivní než léčebnou. Podobné rysy můžeme najít i u adolescentů z dětských domovů. Vhodné je mít ve skupině nejen nezletilé, ale i pár starších klientů.“⁵³

Dynamika skupiny

Pro adolescenta je členství ve skupině vrstevníků jeden z nejdůležitějších prvků léčby. Ve skupině je důležitá pohoda, proto to vypadá spíše jako dětský tábor plný her než léčba.

Adolescentní klienti se neradi konfrontují se svými chybami, málo reflektují. Reflexe obvykle ovlivňují momentální sympatie/antipatie, než objektivní pokroky v léčbě. Ve smíšených skupinách vznikají partnerské vztahy. Pro tuto lásku jsou ochotni odejít z léčebny. Je k ničemu vysvětlovat, že mimo TK tato láska skončí.

Vzhledem k tomu, že nemají jasno, jakou roli vlastně mají (ani dítě, ani dospělý), jsou rozdíly v chování ve skupině a mimo skupinu. Adolescenti jsou vůči léčbě kritičtí. Když k tomu připočteme snadnou ovlivnitelnost, můžeme si všimnout, že když někdo porušuje pravidla, ostatní se přidají, místo, aby ho napomenuli. Takováto anarchie se musí potlačit v zárodku.

⁵³ Kabátková Petra, Tk pro mladistvé, Terapeutická komunita pro drogově závislém.str.248

V této době dospívání jsou adolescenti impulzivní, vztahovační, mají sníženou frustrační toleranci. Každý den tedy narušují hádky, urážky, nepochopení.

„Dospívající se nechtějí měnit. Raději ať se změni okolí. Očekává, že terapeut vyřeší jeho problémy a bude ho kontrolovat. Tým na tuto potřebu přistoupí v některých případech (jednání s úřady), protože klient nemá dostatečnou zkušenost. Je důležité vytyčit hranice pomoci.“⁵⁴

Vztahy mezi pracovníky a klienty jsou do velké míry na podobném vztahu rodič-dítě. Někdy k pracovníkům přilnou, ale zároveň se jim vzpouzí. Toto jednání je silnější, čím menší vliv má primární rodina. Klient si v léčbě odžívá to, co si nemůže odžít doma. Tento rodičovský vztah ještě podporuje to, že k této práci patří i rodina.

Motivace k léčbě

Motivace bývá sporná. Své role zde hraje rodina a soud. Často je zde „negativní“ motivace – klient je do TK umístěn na nátlak rodiny či má nařízenou ústavní výchovu. Motivace by tu byla – setrvání v léčbě, ale je rezistentní vůči léčebným vlivům.

Pokud je motivace „pozitivní“ a klient se chce léčit, musí ještě pochopit, že musí přestat užívat drogy, změnit přátele, životní styl.

Nechce se jim ničeho vzdávat, léčba je dlouhá a složitá, stýská se jim. Také bývají netrpěliví, dlouhodobé cíle nejsou nic pro ně. *„Motivovat 16-ti letou dívku tím, že si v budoucnu dodělá školu, bude cestovat, že jí maminka odpustí, může být naprosto neúčinné tváří v tvář tomu, že v TK přibrala 7kg, její bývalý přítel asi chodí s kamarádkou a maminka jí už tři dny nezavolala.“⁵⁵*

Pro motivaci je důležité najít každý den nějaké pozitivum a důvod proč zůstat v léčbě. Motivační trénink zabere často většinu léčby.

⁵⁴ Kabátková Petra, Tk pro mladistvé, Terapeutická komunita pro drogově závislé II. str.248

⁵⁵ Nevšimal Petr a kol., Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe str.255

Dobrovolnost léčby

Princip dobrovolnosti má u nezletilých svá specifika. Nezletilý klient je v TK na základě svobodného rozhodnutí (je to psychologicky důležité), ale souhlas s jeho pobytem musí dát zákonný zástupce (rodič či výchovný ústav). Rodič také musí dát souhlas např.: aby nezletilý mohl v TK kouřit tabák, výchovné ústavy schvalují žádosti na samostatné výjezdy klienta mimo objekt TK – návštěvy rodiny.

V praxi se pracovníci setkávají s případy, kdy musí na rodiče naléhat, aby si dítě vyzvedli nebo aby ho nechali léčbu dokončit. Protože pokud chce klient TK opustit, musí ho vyzvednout zákonný zástupce.

Cíle léčby

Výsledky výzkumů i zkušenost z praxe ukazují, že „úspěšní“ mladiství klienti po léčbě pijí alkohol, kouří cigarety a někteří příležitostně kouří marihuanu. Cílem nemůže být trvalá a důsledná abstinence, nýbrž vyhnutí se nadužívání návykových látek (aby se nestali závislými). V léčbě by se měl klient naučit vyrovnat se s požadavky života bez toho, aby k tomu potřeboval drogu. Je důležité u každého klienta rozpoznat, jakou roli hraje droga v jeho životě, v životě rodiny a nejbližšího okolí a pokusit se nalézt nejvhodnější alternativu.

„Cíle, které řekne dospívající, se často netýkají, urovnání vztahů v rodině, dodělání si školy, vrácení se ke koníčkům. Klient často netouží přestat brát drogy, ale spíše si přeje dokázat, že je schopný své braní kontrolovat.“⁵⁶

Délka léčby, retence

Délka pobytu je proměnlivá od 6 měsíců (TK Karlov) až po téměř 2 roky (TK Monar, včetně doléčení). Lepší by byly kratší programy u nezletilých (kvůli fixaci na rodinu, přerušení studia).

⁵⁶ Kabátková Petra, Tk pro mladistvé, Terapeutická komunita pro drogově závisléII.str.249

Mladí klienti vykazují velký počet časných vypadnutí z léčby („drop out“) i předčasné ukončení léčení.

TK pro mladistvé musí neustále doplňovat stav, dochází k velkému „obratu“ klientů. Skupiny, které fungují více týdnů ve stejném složení, jsou výjimky. Špatně se vytváří bezpečné prostředí. Po odchodu některých klientů se mezi zůstávající rozdělí pracovní povinnosti klientů, kteří odešli. Někteří toto rozdělení mohou chápat jako trest za to, že zůstali.

Do vyšších fází léčby se dostane malá část klientů. Je málo klientů, kteří pochopí užitečnost léčby a mají radost z dosažených pokroků. Stává se, že v poslední fázi léčby začne klient „zlobit“ a přitvrzuje do doby, než je vyloučen.

Toto souvisí s rodinným charakterem komunity. Je těžké opustit komunitu, stejně jako opustit rodinu. Stejně jako odchod od rodiny, který nemusí projít hladce, je na tom odchod z komunity.

Program, personální zajištění

Programy pro adolescentní klienty mají společné body programu pro dospělé, ale zároveň mají své specifika.

Dospívající potřebují vnější strukturu. Potřebují přesný každodenní rozvrh, i když je to pro ně náročné (uklidit, vyprat, uvařit, řešit konflikty). Proti dospělým nemají pracovní návyky, znalosti a vše si teprve budují. Proto je nutné, aby větší část práce dělali pracovníci. Je důležité, aby klienti měli dostatek volného času na odpočinek.

Program musí počítat i s tím, aby klienti měli možnost dalšího vzdělání (dodělání základní školy, příprava na přijímací či rozdílové zkoušky). Bohužel v TK není dostatek prostoru, proto je nutné vyhradit čas na učení nebo zařídit konzultace v jejich škole. Součástí programu by mělo být poradenství co se týče výběru vhodné školy (i externě).

„Dospívající nemají moc životních prožitků, na které by se dalo odkázat a cizím radám moc nevěří. TK proto musí zážitky poskytovat a pomáhat z nich čerpat zkušenosti. Program proto musí poskytovat „aktivity“ – ať už terapeutické techniky (psychodrama, arteterapie, apod.) nebo reálné činnosti (keramika, sport, návštěva kina, zátěžové programy). Dobré jsou akcekomunity s navázáním kontaktu s „normálními“ lidmi venku (brigády, sport, divadlo pro veřejnost). Tyto aktivity zvyšují atraktivnost programu pro dospívající. Z terapeutických směrů se osvědčuje KBT přístup a neverbální prožitkové metody.“⁵⁷

Dospívající potřebují jasnou zpětnou vazbu. Ta musí být převážně pochvalná, někdy konfrontační, ale hlavně důsledná, bezprostřední a „hmatatelná.“ Je dobré mít dostatek odměn a trestů (zpětná vazba je spíše výchovná než terapeutická). Reflexe jsou spíše od týmu než od skupiny dospívajících.

Personální zajištění je náročnější než pro starší klienty (více práce, požadavek na větší všestrannost). Tým musí mít znalosti nejen z oblasti závislostí, ale též z oblasti specifika adolescence, v motivačních trénincích, práce s rodinou, osobnostně ho pak musí tvořit zralí jedinci schopní unést každodenní vymezování hranic klientům.

Práce s rodinou

Práce s rodinou je nezbytnou součástí při léčbě mladistvých. Spolupráce s rodinou je jeden z důvodů, který podporuje pobyt klienta v léčbě. Pokud je rodina dysfunkční, úspěch léčby je ohrožen a klientovi téměř chybí perspektiva (bezpečné bydlení, placení školného, nemá se pro koho léčit). Dospívající se po léčbě vrací do rodin. Jak pro ně, tak pro rodinu to bývá první léčba. Rodiny bývají často bez informací (o návykových látkách, léčbě), začíná se vyrovnávat s tím, že jeden z členů drogy užívá. Rodina potřebuje stejnou péči jako klient.

⁵⁷ Kabátková Petra, Tk pro mladistvé, Terapeutická komunita pro drogově závisléII.str.249

Rodina nejsou jen rodiče, ale i sourozenci, kteří bývají situací zasažení víc (někdy též mohou užívat drogy). S rodinami se musí spolupracovat i na základě legislativně dané povinnosti poskytovat informace zákonnému zástupci nezletilého (týká se: medikace, hospitalizace, vážné krize v léčbě – hrozícího vyloučení).

„Komunity volí různé modely práce s rodinou – víkendové návštěvy s terapeutickým sezením, skupiny pro rodiče, rodičovské víkendy, telefonáty rodinám klientů. Tým musí zvážit, nakolik je s rodinou schopen spolupracovat sám, příp. rodinu směřovat na další péči (středisko pro rodinou terapii, psychiatrickou či terapeutickou péči). Ve výjimečných případech, kdy je rodinný systém destruktivní, je vhodnější dospívajícího separovat a s rodinou spolupracovat jen v minimální míře. TK tímto jednáním bere na sebe zodpovědnost za klientovu budoucnost.“⁵⁸

Při práci s rodinou dochází k situacím, na které straně vlastně terapeut stojí. Vždy stojí na straně klienta, ale někdy existuje domluva s rodinou „za jeho zády“, která je určitý typ postupu (nejčastěji se jedná o podporu udržení hranic vůči rodičům a vůči manipulacím dítěte).

Systemický přístup se vzhledem k povaze dospívání a úloze, kterou droga a problémové chování sehrají v rodině, v práci s touto klientelou osvědčuje.

Většinou nemá smysl do léčby dospívajících více angažovat prarodiče či partnery klientů.

Závěr

V péči o dospívající se často osvědčují nekomunitní programy. Část klientů potřebuje léčbu v TK a profituje z ní. Některé z nástrojů komunity mají pro mladistvé mnohem větší potenciál než pro starší klientelu. Nedílnou součástí programu musí být motivační trénink a práce s rodinou.

⁵⁸ Kabátková Petra, Tk pro mladistvé, Terapeutická komunita pro drogově závisléII.str.249

4.3.2. TK Cesta Řevnice

Cesta Řevnice je oddělení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou závislostí. Toto oddělení je koedukované je zde možno umístit jak dívky, tak chlapce do 18 let. Spodní věkovou hranicí je věk po dokončení základní školní docházky (15-16 let).

Cílem této komunity je terapeutická spolupráce s mladistvými uživateli drog, u kterých jsou již definovatelné ztráty, které jim tento životní styl přinesl. Sami mají zájem na změně životního stylu. Užívání drog se zde nebere jako nemoc, ale jako výchovný problém. Tato myšlenka vychází z toho, že užívání je spojeno s výchovným problémem. Nemohou člověku zaručit vyléčení nebo celoživotní abstinenci. Na to není doba osmi týdnů dost dlouhá. Zaměřují se spíše na to, aby se člověk zastavil, zamyslel se nad dalším životem, léčbou. Snaha pomoci změnit scénář, podle kterého fungoval doteď.

Klienti jsou zde dobrovolně nebo z nařízení soude. To, co mají společné je, že jde o problémové uživatele drog, který stojí o změnu. Není zde možný přístup tzv. experimentátorů, u kterých je v popředí pouze porucha chování.

Je důležité vymezit pojem problémový uživatel drog. Ne vždy se rozlišuje, u koho je v popředí porucha chování akcentována vývojovou krizí a u koho jde o skutečný návyk na psychoaktivní látku. U čichačů těkavých látek je od počátku nutná specializovaná lékařská péče. Dále nejsou přijatí klienti, kteří mají konkrétní psychiatrickou diagnózu, která je známá předem.

Doba pobytu klientů v léčebně je 8 týdnů. Skupina je uzavřená. V některých případech je možno dobu pobytu prodloužit nebo zkrátit. Před nástupem klienta k pobytu je proveden sběr anamnestických údajů, komplexní vyšetření zdravotního stavu, vyšetření moči na metabolity a psychosociální zhodnocení stavu klienta. V programu je zahrnut individuální plán.

„Program zahrnuje: skupinové a individuální psychoterapie, rodinné terapie, podpůrné a edukativní terapie, motivační trénink a prevence relapsu,

zážitková pedagogika spojená se zátěžovými programy, jejichž cílem je mimo jiné fyzická regenerace a stabilizace kondice fyzické.“⁵⁹ Dále program zahrnuje arteterapie (kresba, grafika, keramika, fotografie). Před ukončením pobytu je klientovi stanoven plán následné péče s výstupy.

Prodloužený pobyt (chráněné bydlení) se nabízí po ukončení pobytu. U klientů, u kterých je předpoklad, že v rámci pobytu budou navštěvovat školu nebo pracovat v blízkosti oddělení. O eventuálním prodloužení se rozhoduje individuálně (na 59 dnů). Kapacita jsou 4 lůžka.

4.4. Sananim

*„Ambulantní psychoterapeutické centrum poskytující poradenství a léčbu lidem ohroženým důsledky užívání především nealkoholových drog a jejich blízkým. Usilujeme o stabilizaci a vyšší kvalitu života klientů s důrazem na abstinenci od omamných a psychotropních látek (OPL).“*⁶⁰

Cílem je zajistit včasnou a přiměřenou, komplexní a dostatečně intenzivní léčbu vedoucí k trvalé změně životního stylu klienta. Tato léčba navazuje na terénní programy a kontaktní centra. Dalším důležitým cílem je životní stabilizace a vyšší kvalita života klienta s důrazem na abstinenci od omamně psychotropních látek.

Denní stacionář nabízí stacionární program (intenzivní ambulantní léčba skupinovou formou), maximálně pro 10 osob v délce trvání 3 měsíců. Intenzivní psychoterapii, kontrolu abstinence, nácvik denního režimu, změnu životního stylu. Otevřenou motivační skupinu, individuální psychoterapii, poradenství, program pro klienty, konzultace pro rodiče, partnery a blízké.

Denní stacionář je určen pro klienty, kteří užívali či užívají návykové látky, mají diagnózu „závislost“, jsou motivováni ke spolupráci, mají minimální sociální stabilitu (mají kde bydlet) a jsou starší 16let.

⁵⁹ www.dud.cz/cesta_revnice.html

⁶⁰ www.sananim.cz

Pro přijetí do stacionáře je dobré přijít na motivační skupinu. Poté se s pracovníky domluvit, zda je tato forma pomoci dobrá.

4.5. Středisko výchovné péče Klíčov

Klíčov je internátní oddělení pro děti a adolescenty s poruchami chování a učení, s počínajícím rozvojem závislostí na zdraví škodlivých návycích. Věk klientů se pohybuje od 13 do 16 let. Toto oddělení poskytuje preventivně-výchovný, vzdělávací, dvouměsíční pobyt. Na základě komunitních principů (režim, struktura dne, účast klientů na chodu oddělení prostřednictvím plnění rolí), v průběhu programu se prolínají pedagogické, sportovně- zátěžové, herní a relaxační programy.

Klientům se nabízí výuka poznání sebe sama, aby zjistili, co jsou jejich potřeby a jejich možnosti do budoucna. Z toho vyplývá důraz na to, aby se klient naučil se zvládat náročné životní situace. Během pobytu klienti navštěvují školu dle individuálních vzdělávacích plánů. Během pobytu probíhají 4 rodinné konzultace, kde s rodiči a klientem připravují plán soužití. Tento plán usnadňuje návrat do rodinného prostředí. Po ukončení pobytu dochází klient na pravidelnou roční návštěvu do ambulantního centra.

V létě klienti mají připravený bohatý program. Mají možnost pobytu na statku (kde si zkouší práci v zemědělství – starost o koně), putovní výlet v přírodě, tradičně sjíždí Vltavu, cyklistický výjezd spojený s turistikou. Další možností je horolezectví. Jako ve všech komunitách je v programu artedílna.

„Klienti střediska jsou přijímáni do všech typů péče výhradně prostřednictvím ambulantních oddělení, které jsou součástí uceleného systému péče tohoto zařízení. První kontakt probíhá telefonicky nebo osobně, po dohodnutí termínu následuje vstupní pohovor a je zpracován anamnestický dotazník. Na základě tohoto rozhovoru je učiněna nabídka konkrétní formy pomoci. S klientem a osobami odpovědnými za výchovu je domluvena forma

spolupráce a navržen vhodný typ péče (ambulantní, stacionární, internátní program).⁶¹

4.6. Léčení uživatelé drog v zařízeních MŠMT ČR

Někteří uživatelé drog jsou umístěni v diagnostických ústavech. V průběhu roku 2009 vykazaly uživatele drog diagnostický ústav v Praze 4 a v Ostravě. Celkem bylo nahlášeno 73 osob, z toho 64 bylo v roce 2009 poprvé registrovaných.

Hlášení uživatelé drog z Prahy (většinou se jedná o ženy) užívaly pervitin, v Moravskoslezském kraji většina užívala marihuanu (66 osob), ve 3 případech pervitin a v 1 případě toluen. 47 chlapců (67,1%) a 23 dívek (35,6%).

Tabulka číslo 7 je zaměřena na uživatele jednotlivých drog dle pohlaví. Mezi uživateli pervitinu, kterých je 8,2% z nahlášených osob, tvoří ženy 83,3%. Marihuanu najdeme spíše u mužů 68,2%, 1 muž užíval toluen. Celkem 21 ze 73 evidovaných osob (častěji ženy) užívalo ještě k základní droze sekundární. Nejčastěji to byl pervitin heroin nebo marihuana.

Tabulka číslo 7

Základní droga	Všichni klienti v roce 2009			První léčba v roce 2009		
	Muži	Ženy	celkem	Muži	Ženy	Celkem
Pervitin	1	5	6	1	5	6
Toluen	1	0	1	1	0	1
Marihuana	45	21	66	39	18	57
Celkem	47	26	73	41	23	64

Zdroj: Hygienická stanice města Praha

Tabulka číslo 8 obsahuje průměrný věk dívek, který byl 0,1 roku vyšší, oproti roku 2008 se snížil o 1 rok (15,3 roku u chlapců, 15,4 roku u dívek). Chlapců a dívek bylo nejvíce ve věkové skupině 15 let, následovali 16tiletí.

⁶¹ <http://www.klicov.cz/svp/>

Průměrný věk uživatelů pervitinu byl u chlapců 16,0 roku a u dívek 15,4 roku. Průměrný věk uživatelů marihuany byl u chlapců i dívek 15,4 roku. Tabulka číslo 8 je vzhledem k velikosti v příloze.

Injekční užívání uvedla pouze jedna dívka, nejčastější užívání bylo kouřením. Ale nemusí to tak být, co se týče počtů. Jelikož informace poskytl pouze diagnostický ústav pro dívky v Praze, zatímco diagnostický ústav pro chlapce hlášení neposkytl.

Tabulka číslo 9 obsahuje informace o léčených uživatelích drog s bydlištěm v diagnostickém ústavu. Je rozdělena na základní drogu a věk. Nejvíce uživatelů bylo ve věku 15 a 16 let. Závažné je zjištění, že uživatelé pervitinu jsou již mezi 13letými a 14letými.

Tabulka číslo 9

základní droga	12 let	13 let	14 let	15 let	16 let	17 let	18 let	celkem
Heroin	0	0	1	1	2	3	0	7
Pervitin	0	1	8	12	36	21	3	81
Marihuana	1	0	9	26	22	10	1	69
Psilocybin	0	0	0	1	0	0	0	1
Durman	0	0	0	0	0	1	0	1
Rozpouštědla	0	0	1	1	3	0	0	5
Celkem	1	1	19	41	63	35	4	164

Zdroj: Hygienická stanice města Praha

V tomto úseku mé práce nejsou úplné statistiky léčených uživatelů drog v zařízeních MŠMT. Bohužel nejsou dostupná všechna data z tohoto resortu. I toto poskytnuté málo, svědčí o nárůstu problematiky užívání drog u dětí a mladistvých (oproti roku 2008) a vysoké závažnosti problému užívání drog mezi mládeží v ČR a velmi nízkém věku a začátku užívání nelegálních drog. Informace o srovnání intoxikovaných v letech 2008 a 2009 naleznete v tabulce číslo 10.

Tabulka číslo 10

Základní drogy	do 15 let		15-19 let	
	2008	2009	2008	2009
Heroin a ost. Opiáty	3	1	8	18
Pervitin a ost.stimulanty	3	0	47	18
Kanbinoidy	8	3	62	66
Halucinogeny	1	2	9	7
Rozpouštědla	1	1	3	5
Sedativa, Hypnotika	6	3	27	33
Jiné drogy, léky	8	5	26	25
Neznámé	1	0	10	0
Celkem	31	15	192	183

Zdroj: Hygienická stanice města Praha

Závěr

Cílem této práce bylo ukázat co se děje s dětmi a mladistvými, kteří se dostanou do spárů drog. Jaké mají možnosti léčby a s tím spojený problém s kapacitou. Snižování věkové hranice a zvyšování počtu uživatelů nekoresponduje s počtem zařízení pro tuto cílovou skupinu. Tento cíl se snažím naplnit ve dvou částech této práce.

V teoretické části jsme si představili cílovou skupinu, která je rozdělena na děti a mladistvé. K této kapitole ještě náleží rodinné faktory vzniku závislosti. Poté jsme se věnovali závislosti co to je, její průběh, vznik a důsledky. Tato kapitola obsahuje sesbíraná fakta o počtech léčených, věku užití první drogy atd. Třetí kapitola v teoretické části je prevence a léčba. Prevence je stručně vysvětlena. Léčba je rozebrána ve čtyřech terapeutických přístupech. Poslední kapitolou jsou překážky léčby.

V praktické části je jedinou kapitolou přehled léčebných pracovišť, které jsou vhodná pro výše zvolenou cílovou skupinu. V této kapitole jsme se dočetli o tom, jak tato zařízení pracují, přijímací podmínky atd. Jsou vybráni zástupci jednotlivých typů zařízení (detoxikační oddělení, psychiatrická léčebna, TK, denní stacionář, výchovné středisko).

Na základě součtu míst ze seznamu v příloze a dat, které poskytlo detoxikační oddělení, můžeme vidět, že detoxikačním oddělením prošlo 222 dětí hospitalizovaných a 622 ambulantních, nabízených míst je 54. Těmito čísly, jsem chtěla poukázat na druhou část cíle, který se věnoval kapacitě.

Kromě shrnutí jsem chtěla napsat, že mi psaní této práce přineslo mnoho. Především jsem poznala řadu nových lidí a naučil se praktické věci, které mohu uplatnit dál ve své práci.

Seznam zkratk

MŠMT- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

OPL – Omamné psychoaktivní látky

TBC – Tuberkulóza

DaDDC – Dětské a dorostové detoxikační centrum

KBT – Kognitivně behaviorální terapie

TK – Terapeutická komunita

Detox – detoxikační zařízení

Seznam literatury

CUSKEY,W.R., Richardson,A., Berger, L.H., *Specialized therapeutic community program for female addicts*.In NIDA, Serv.Research., DHEW No.(ADM) 79-880. US Government Printing Office, Washington, D.C., 1979. In Hajný, M.*Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti*. In Kalina, K., a kol. *Drogy a drogové závislosti 1,Mezioborový přístup* : Úřad vlády České republiky, 2003, str.332

DOČKAL,J.. *Člověk a drogy*. Éthum , Praha 2000, 79 s.

KALINA,K., *Drogy a drogové závislosti 2, Mezioborový přístup*. Dotisk 1.vyd. Úřad vlády České republiky. 2003. 332 s. ISBN 86734-05-6

NEŠPOR.K., Csémy,L., PERNICOVÁ,H., *Prevence problémů působených návykovými látkami na školách*. Praha: BESIP MV,1994, str.124

NEŠPOR,K., CSÉMY L., *Alkohol, drogy a vaše dítě*. 4. rozšířené vydání, Praha Bezpečnost silničního provozu, 1997, 60 str.

NEVŠÍMAL,P., *Terapeutická komunita pro drogově závislé I.,Vznik a vývoj*,Středočeský kraj, Magdaléna o.p.s., vydání 1., 2004,s.156

NOŽINA, M., *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: KLP. 1997. 348 s.
ISBN 80-85917-36-X

MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A., *Mládež a delikvence*. 2.vyd. Praha : Portál, 2003 ISBN 80-7178-771, str. 344

PRESLOVÁ,I., HANKOVÁ,O., akol., *Mladiství a drogy*, Sborník odborné konference,Sananim,2010, str.101 ISBN 978-80-904536-0-9

PRESTON,A.,Malikowski,A, ŠAFRÁNEK,M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě, Praktická příručka pro uživatele drog*. 1.vyd. v jazyce českém. Úřad vlády České republiky. 2007. ISBN 978-80-87041-28-4

RIESEL,P., *Lesk a bída drog*. Votobia. 1999. 81s. ISBN 80-7198-348-9

ROTGERS,F., a kol. *Léčba drogových závislostí*. 1.vyd. Grada Publishing, 1999.264 s. ISBN 80-7169-836-9

STATON,S., *Some overlooked aspects of the maily and drug abuse*. IN Ellis, B.E.(ed.). *Drug abuse from the family perspektive: coping in a family*: Wahington D.C., US Governmment Printing Office, 1991. In Hajný, M. *Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti*. In Kalina,K. a kol. *Drogy a drogové závislosti1, Mezioborový přístup* : Úřad vlády České republiky, 2003, str,332

Internetové zdroje

<http://www.about-drugs.estranky.cz/clanky/ceny-a-prodej-drog-.html>

čerpáno:9.6.2011

<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/70/154/Rizikove-chovani.html>

čerpáno: 3.6.2011

<http://aplikace.msmt.cz/PDF/sb048-02.pdf>- zákon 109

čerpáno: 6.6.2011

http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/m/marlattova_theorie

čerpáno:6.6.2011

http://www.dud.cz/cesta_revnice.html

čerpáno: 8.1.2010

www.hygpaha.cz/files/CR%202009.pdf

čerpáno: 13.5.2010

www.sananim.cz

čerpáno: 15.2.2010

www.w11.cz čerpáno:28:12.2009

http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf

čerpáno: 7.6.2011

www.nmskb.cz

čerpáno: 20.3.2010

www.info-drogy.cz

čerpáno: 16.2.2010

www.jdubr.ic.cz/referaty/rlv/etika.htm

čerpáno: 3.11.2009

www.klicov.cz

čerpáno: 2.2.2010

<http://www.teenchallenge.cz/cs/teen-challenge/vize-nasi-mise>

čerpáno: 14.12.2010

http://translate.google.cz/translate?hl=cs&langpair=en|cs&u=http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/

čerpáno: 20.6.2011

<http://www.zkola.cz/zkedu/rodiceaverejnost/socialnepatologickejevyajejichprevence/zavislosti/jakpredchazetvznikuzavislosti/peerprogramy/necomalozteoriepeerprogramu/13056.aspx>

čerpáno: 6.6.2011

Přílohy

1. Seznam léčeben kam je možno umístit klienta závislého na nealkoholových či alkoholových látkách. Seznam je rozdělen podle krajů.

Hlavní město Praha

Detoxikační oddělení pro děti a dorost

Vlašská 36, Praha 1, 118 33

www.nmskb.cz

- informace: 14 lůžek, doba pobytu 7-21 dní,

Sananim

Denní stacionář – Janovského 26, Praha 7, 170 00

TK Karlov – Karlov 3, 398 04, pošta Čimelice, okres Písek

www.sananim.cz

- informace: Denní stacionář – od 16 let, služby zdarma, pokud klient dochází do strukturovaného programu, přispívá si 850Kč na teplé obědy. Pokud nemá peníze, není to překážka, aby docházel.

TK Karlov – od 15 do 22 let, klient si platí 33Kč na stravu a 70Kč na ubytování.

Psychiatrická léčebna Bohnice

Detoxikační oddělení, oddělení následné péče

Ústavní 91, Praha 8, 180 00

www.plbohnice.cz

- informace: 40 lůžek (množství není směrodatné, všechna místa nejsou pouze pro mladistvé), 90Kč/den

Výchovný ústav a Středisko výchovné péče Klíčov

Terapeutická komunita, pobytový program

Čakovická 51, Praha 9, 190 00

www.klicov.cz

- informace: pro chlapce od 15 let s nařízenou ústavní léčbou, středisko výchovné péče poskytuje služby pro děti ve věku do 15 let, 6100Kč na 2 měsíce pobytu.

Liberecký kraj

Centrum ambulantních služeb – doléčovací program ADVAITA,o.s.

Následná péče a doléčování

Rumunská 14/6, Liberec, 460 01

Advaitaliberec.cz

- informace: od 15 let, 6-12 měsíců

Olomoucký kraj

Psychiatrická léčebna Bílá Voda

Bílá Voda, 790 69

- informace: od 15 let, 24 lůžek, 60Kč/den, pouze klienti ze spádové oblasti -

Jeseník

Středočeský kraj

Cesta Řevnice

Terapeutická komunita, pobytový program

Diagnostický ústav Dobřichovice

Sádecká 169, Řevnice, 252 30

www.dud.cz

- informace: dívky i chlapci do 18 let až po základní škole, 82Kč/den (64Kč stravné, 18 Kč ubytování).

Psychiatrická léčebna Kosmonosy

Lípy 15, Kosmonosy

www.plkosmonosy.cz

- informace: detox i léčba od 15 let, na detoxu je 9 lůžek, ale nejsou pouze pro mladistvé

Terapeutická komunita Kladno – Dubí

Terapeutická komunita, pobytový program, Zařízení sociální intervence
Kladno

Generála Eliáše 483, Kladno – Dubí, 272 03

www.zsi-kladno.cz

- informace: od 18 let (ale lze učinit výjimku), pro 16 osob, 65Kč/den
(80Kč ve III. Fázi programu)za stravu 37Kč/den

Ústecký kraj

White Light I.

Terapeutická komunita o.s.

Mukařov 53, Ústěk

www.whitelightI.cz

- informace: od 15 let, nemají spádovou oblast, 160Kč/den, 3000 vratná
jednorázová kauce

Teen Challenge

Císařský 59, Šluknov, 407 77

www.teenchallenge.cz

- informace: 17-46let, platba 3900Kč, pouze muži

2. Tabulka číslo 8

Léčení uživatelé drog dle základních drog a věku

Skupina	Věk (roky)	Všichni uživatelé v roce 2009																	První léčba v roce 2009																
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	10	11	12	13	14	15	16	17	18	10	11	12	13	14	15	16	17	18							
		Celkem	Pervitin	Toluen	Marhuana	Celkem	Pervitin	Toluen	Marhuana	Celkem	Pervitin	Toluen	Marhuana	Celkem	Pervitin	Toluen	Marhuana	Celkem	Pervitin	Toluen	Marhuana	Celkem													
Muži	Pervitin	0	0						1																		1								
	Toluen	1																																	
	Marhuana					3	22	17	3																2	20	14	3	39						
	Celkem	1				3	22	17	3																2	20	14	3	41						
Ženy	Pervitin					1	2	1	1																			5							
	Toluen																																		
	Marhuana					4	8	6	3																4	7	5	2	18						
	Celkem					5	10	7	4																5	9	6	3	23						
Všichni	Pervitin					1	2	2	1																				6						
	Toluen	1																										1							
	Marhuana					7	30	23	6																6	27	19	5	57						
	Celkem	1				8	32	25	7																7	29	21	6	64						

Zdroj: Hygienická stanice města Praha